



DANIEL GOULART RIGOTTI

**MATRICIAMENTO E COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA: PERCEPÇÕES
DOS APOIADORES MATRICIAIS DO SUS–CAMPINAS**

CAMPINAS
2016

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

DANIEL GOULART RIGOTTI

MATRICIAMENTO E COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA: PERCEPÇÕES
DOS APOIADORES MATRICIAIS DO SUS–CAMPINAS

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva,
Política e Gestão em Saúde, na Área de Concentração Política,
Gestão e Planejamento.

ORIENTADOR: Prof^a. Dr^a. Daniele Sacardo Nigro

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO

FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO

ALUNO DANIEL GOULART RIGOTTI, E ORIENTADO PELA

PROF^a. DR^a. DANIELE SACARDO NIGRO.

CAMPINAS
2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

R449m Rigotti, Daniel Goulart, 1971-
Matriciamento e coprodução de autonomia : percepções dos apoiadores matriciais do SUS-Campinas / Daniel Goulart Rigotti. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Daniele Sacardo Nigro.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Apoio matricial. 2. Alienação social. 3. Autonomia profissional. 4. Integralidade em saúde. 5. Fortalecimento institucional. I. Sacardo, Daniele Pompei. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Matrix support and autonomy coproduction : perceptions of matrix supporters of SUS-Campinas

Palavras-chave em inglês:

Matrix Support
Social alienation
Professional autonomy
Integrity in health
Capacity building

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Daniele Sacardo Nigro [Orientador]
Raquel Souza Lobo Guzzo
Juliana Luporini do Nascimento

Data de defesa: 25-01-2016

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

DANIEL GOULART RIGOTTI

ORIENTADOR: PROF^a. DR^a. DANIELE SACARDO NIGRO

MEMBROS:

1. PROF^a. DR^a. DANIELE SACARDO NIGRO

2. PROF^a. DR^a. RAQUEL SOUZA LOBO GUZZO

3. PROF^a. DR^a. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 25/01/2016

A meu pai, Cornélio Rigotti.

(In memoriam)

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Daniele Sacardo, para quem não teria palavras suficientes que expressassem minha gratidão. “Minha” orientadora em todo esse processo de transformação que a experiência no mestrado profissional produziu em mim, sempre sorridente, tranquilamente foi me ajudando a compreender e aceitar as mudanças, confiante que eu veria nelas potencialidades. Muito obrigado!

À Prof^a. Dr^a. Raquel Souza Lobo Guzzo, por seu estímulo, sua confiança em mim, e seu olhar profundo, que foram decisivos para que eu decidisse prosseguir na jornada acadêmica como uma guinada fantástica nessa altura da vida...

Às Prof^a. Dr^a. Vanessa Pellegrino Toledo e Prof.^a Ana Paula Rigon Francischetti Garcia, pela oportunidade de trabalharmos juntos no PET Saúde Mental, e pela amizade que surgiu desse encontro. A entrada de vocês em minha vida foi fundamental para que eu tomasse a decisão de seguir adiante com o projeto do mestrado, e de tantas outras coisas que vieram junto...

Ao Prof. Dr. Mauro Cardoso Simões, por acreditar desde o início que esse processo seria possível, ajudando-me a acreditar também, dando apoio e incentivo a cada momento de dúvida. E por aceitar compartilhar de sua sabedoria nas bancas de qualificação e de defesa. Isso foi “Excelente”!!!

À Prof^a Dr^a Juliana Luporini do Nascimento, pelo carinho e confiança durante o sofrido percurso do mestrado, com quem aprendi muito sobre dar aulas e afetos, e que gentil e prontamente se dispôs a compor minha banca de defesa.

Ao Prof. Dr. Rubens Bedrikow, colega de trabalho, com quem aprendo muito no cotidiano do CS Rosália, por ter aceitado compor a banca de defesa em cima da hora.

Ao Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha, de quem me lembro desde os tempos do Distrito Sudoeste, sempre com alguma percepção das coisas que faz a gente parar para pensar, pelas aulas no mestrado e pela importante colaboração na qualificação.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, pelos ensinamentos, formais e informais, que me ajudaram muito a olhar para o mundo de

outro jeito.

À Natália Galvão Silva, Thalita Mendes Mitsunaga e Paula Haveroth Takegawa, minhas primeiras alunas “oficiais” no PET, pelos incríveis momentos de aprendizagem que me proporcionaram.

À Katrin, Maria Helena, Cátia, Lirani e Tuca, equipe do CAC Itatiba, pessoas muito queridas de um momento muito bom de minha vida, que me estimularam a continuar aprendendo, cujo inesquecível apoio foi fundamental para que eu chegasse até aqui!

À Mirna Yamazato Koda, quem primeiro me escutou sobre minhas pretensões para o mestrado, há anos atrás, por me lembrar a cada encontro que postergar o desejo era atrasar a vida...

Às equipes com quem trabalhei na Prefeitura Municipal de Campinas, que vem me ajudando a lapidar meu trabalho como psicólogo desde há muitos anos, especialmente a do CS Rosália, onde estou atualmente, que aceitou o matriciamento que consigo fazer como parte do meu processo de trabalho e me ajuda cotidianamente a melhorá-lo, com suas dúvidas, contradições e potências. Todos vocês foram e são muito importantes para mim!

À Érika, pela paciente disposição em me escutar nas angústias do mestrado e pela leitura atenta e crítica de meus posicionamentos, me fazendo pensar e repensar, e a não me manter sempre no mesmo lugar.

À Leo e à Fran, por sua amizade, carinho, e imensa paciência comigo, e por seu jeito disruptivo de lidar comigo, abalando meu conforto paralisante, me matriciando na vida.

E, finalmente...

Aos precursores do matriciamento comigo no CS Vista Alegre: Teresa, Roselaine, Clarissa, Maureen, Sandra, Cristoph e Roberto. Aprendi muito com vocês!

Aos colegas do mestrado, pelas discussões, risadas, confusões e cervejas... Gostei muito de cruzar minha vida com as vidas de vocês! Em especial à Juliana dos Santos Corbett, uma nova amiga, e à Sandra Braghini, queridíssima desde a faculdade, pela amizade e pela fé em minha capacidade (muito mais do que eu mesmo!), e por tantas outras coisas que não caberia aqui...

À Iusara Martins, pelo “empurrão” que me deu em direção ao primeiro passo.

À minha mãe, Elisa, a quem serei eternamente grato por ter sempre se empenhado mais do que podia para que eu pudesse ser quem sou.

Aos meus irmãos Humberto e Giselle, por serem quem são e me lembrarem sempre que sou quem sou...

Ao Adriano, pelo companheirismo e por sempre acreditar que eu conseguiria, me tranquilizando nos momentos de desamparo.

“O homem é um vivente com palavra. E isto não significa que o homem tenha a palavra ou a linguagem como uma coisa, ou uma faculdade, ou uma ferramenta, mas que o homem é palavra, que o homem é enquanto palavra, que todo humano tem a ver com a palavra, se dá em palavra, está tecido de palavras, que o modo de viver próprio desse vivente, que é o homem, se dá na palavra e como palavra. Por isso, atividades como considerar as palavras, criticar as palavras, eleger as palavras, cuidar das palavras, inventar palavras, jogar com as palavras, impor palavras, proibir palavras, transformar palavras etc. não são atividades ocas ou vazias, não são mero palavrório. Quando fazemos coisas com as palavras, do que se trata é de como damos sentido ao que somos e ao que nos acontece, de como correlacionamos as palavras e as coisas, de como nomeamos o que vemos ou o que sentimos e de como vemos ou sentimos o que nomeamos”.

Jorge Larrosa Bondía, 2002.

RESUMO

Este estudo pretende compreender as percepções dos apoiadores matriciais acerca da influência do apoio matricial sobre a produção de processos de trabalho em saúde não alienados em Campinas/SP. De natureza qualitativa, os dados aqui apresentados foram coletados em três grupos focais com trabalhadores matriculados como alunos do *Curso de Especialização em Apoio Matricial da UNICAMP*, entre 2014 e 2015 e seguiu a metodologia da elaboração de narrativas por triangulação dos dados. Como resultados, encontramos quatro eixos temáticos de análise - *Autonomia, Gestão, Fragmentação do Cuidado e Processo de Trabalho em Saúde*, os quais mostraram que o trabalho do apoiador matricial é influenciado pelas características pessoais e do meio externo, mas também é percebido como potente para apreensão e transformação tanto das pessoas quanto da realidade social mais ampla. Há liberdade para os apoiadores construírem a forma de realizar o matriciamento, tendo em vista suas expectativas e as necessidades singulares de cada território, percebidas como autonomia no trabalho. Os encontros, tais como as reuniões de equipe, foram identificados como espaços de organização coletiva privilegiados e potentes para promover a transformação da relação dos trabalhadores com suas práticas, apontando para um efetivo exercício de cogestão. Evidenciou-se a fragmentação do cuidado, percebida pelos apoiadores como profundamente enraizada nas práticas em saúde, mas há uma aposta no apoio matricial como estratégia eficaz para seu enfrentamento e, eventualmente, superação. A gestão foi percebida como pouco articulada com os processos de trabalho, ocupando-se de aspectos mais burocráticos, muitas vezes limitando o trabalho do apoio matricial, ainda bastante identificada com o taylorismo, no seu modo de organizar e gerir os serviços de saúde. Nossos resultados apontaram para a necessidade de maiores investimentos institucionais no apoio matricial como política efetiva de ampliação de compromisso e autonomia dos trabalhadores e de processos de cogestão.

Palavras-chave: Apoio Matricial, Alienação Social, Autonomia Profissional, Integralidade em Saúde, Fortalecimento Institucional.

ABSTRACT

This study aims at understanding the perceptions of matrix support professionals on matrix support influences in the production of non-alienated work processes in health services in the city of Campinas, São Paulo. Qualitative data presented here was collected between 2014 and 2015 in three focal groups composed of workers enrolled in the Specialization Program on Matrix Support at the University of Campinas (UNICAMP). The methodology employed consisted of elaborating narratives by triangulating data. As a result, four thematic axes of analysis were found – Autonomy, Management, Care Fragmentation and Work Process in Health Services –, and they show the matrix supporter is influenced by personal traits and the environment, but is also seen as capable of apprehending and transforming not only people, but also a broader social reality. There is freedom for supporters to create a way of handling matrix support keeping in mind each area's singular needs and expectations, seen as autonomy. Gatherings, such as staff meetings, were identified as privileged and powerful collective organization moments for promoting change in the relationship between workers and their craft, pointing to an effective co-management exercise. A fragmentation in care became evident, being seen by supporters as deeply rooted in health practices, but also noticeable was a trust in matrix support as a valid strategy to face it and eventually overcome it. Management was perceived as not truly articulated with work processes and more connected to bureaucratic aspects, often limiting matrix support. It is still identified with Taylorism in its way of organizing and managing health services. Our results point to a need of more institutional investment in matrix support as an effective policy for enhancing the commitment and autonomy of workers and of co-management processes.

Keywords: Matrix Support, Social Alienation, Professional Autonomy, Integrality in Healthcare, Capacity Building.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CHOV – Complexo Hospitalar Ouro Verde

CRR – Centro de Reabilitação

CS – Centro de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

HMMG – Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti”

MRS – Movimento da Reforma Sanitária

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PUCCAMP – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

SSCF – Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Breve contextualização histórica e política.....	17
1.2. Trabalho e Alienação	25
1.3. Organização do trabalho, Alienação e Produção de Subjetividade	31
1.4. Organização do trabalho em saúde e Alienação	36
1.5. Apoio matricial como estratégia para a produção de processos de trabalho em saúde não alienantes	38
2. OBJETIVOS.....	47
2.1. Objetivo Geral	47
2.2. Objetivos Específicos.....	47
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	48
3.1. Fundamentação Teórica.....	48
3.2. Contexto da Pesquisa	49
3.3. Cenário da Pesquisa	52
3.4. Participantes da Pesquisa.....	53
3.5. Processo de coleta dos dados	54
3.6. Processo de Análise dos Dados	56
4. RESULTADOS.....	60
4.1. Caracterização dos Participantes	60
4.2. Narrativas.....	65
4.2.1. Eixo temático “Autonomia”	65
4.2.2. Eixo temático “Gestão”	68
4.2.3. Eixo temático “Fragmentação do Cuidado”	69
4.2.4. Eixo temático “Processo de Trabalho”	73
5. DISCUSSÃO.....	79
5.1. Eixo temático “Autonomia”	80
5.2. Eixo temático “Gestão”.....	100
5.3. Eixo temático “Fragmentação do Cuidado”	107
5.4. Eixo temático “Processo de Trabalho”	114
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	120

7. REFERÊNCIAS.....	124
8. ANEXOS.....	131
Anexo 1 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	131
Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP	132
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	136
Anexo 4 – Questionário Apoio Matricial.....	138
9. APÊNDICES	144
Apêndice 1 – Roteiro Grupo Focal Apoio Matricial	144
Apêndice 2 – Quadro de Núcleos Argumentativos por Eixos Temáticos.....	145

APRESENTAÇÃO

O matriciamento, desde quando conheci a proposta, me encantou! Na época ocupava o cargo de coordenador de um centro de saúde. E como é nos encantamentos, me deixei levar apaixonadamente, discutindo, propondo, brigando. Firme naquilo que achava o certo a ser feito... até que comecei a perceber que algo não acontecia como esperado. Os trabalhadores se envolviam, discutiam comigo, realizavam ações, mas parecia que nem sempre acontecia de ser realmente transformador. As mudanças eram muito frágeis e, na maior parte das vezes, dependiam da presença do matriciador.

Então, inicialmente minha primeira motivação, talvez por ser psicólogo, foi tentar compreender por que os trabalhadores que não tem a saúde mental como núcleo “resistiam”, ou não entendiam, algo tão óbvio e inovador: que “saúde mental” não é algo em separado, mas que faz parte de toda ação em saúde, às vezes de forma mais direta, às vezes indiretamente. Brincava com os outros profissionais *psi*, quando discutíamos o matriciamento, que nosso trabalho era contar para os outros profissionais o que tinham esquecido que também era da sua função.

Depois, pensando melhor, resolvi analisar a ação em si, para tentar entender se e como o apoio matricial poderia realmente atingir aquilo a que se propõe, ou o que eu penso que entendi da proposta fundamental do matriciamento. Produzir inovações no fazer dos trabalhadores de saúde para o cuidado em saúde. Nessa produção de desdobramentos clínicos, também entendi que a própria ação produziria nos trabalhadores um olhar para seu próprio trabalho a partir de outro prisma, de fora para dentro. Isto é, ao fazer seu trabalho se perceberia o próprio ato de fazer, e não somente a reprodução de técnicas, ou somente os resultados no outro. A essa percepção eu atribuí um movimento de desalienação do trabalhador, sujeito que percebo alienado, alheio às sutilezas do encontro promovido no ato de cuidar.

Já trabalho no SUS há quase vinte anos, e sempre me chamou a atenção a forma como a maior parte dos trabalhadores da saúde que conheci considera seu trabalho a partir de dois olhares. Um, o que considera seu trabalho essencial para os outros, que cura e alivia dores, quase divino e indispensável. O outro, de um desgaste pelo não reconhecimento pelos gestores, seja quem for, dessa “indispensabilidade”. Raras vezes observei os trabalhadores referindo-se ao seu trabalho como algo que dá sentido ao ato de cuidar em si, como processo numa relação com o outro. Ambas

as formas de encarar o trabalho são alienantes, a meu ver. A primeira por não considerar que o êxito da sua ação depende do outro, e se estabelece uma relação assimétrica em que o outro (paciente) está no patamar inferior. Assim, a visão que o trabalhador tem de si é ilusória e megalomaniaca, e as falhas são percebidas como culpa das condições inadequadas que não foram providenciadas anteriormente por alguém (que não ele próprio). Na segunda, a culpa ou a responsabilidade também está no outro, mas agora aquele que está numa hierarquia acima da sua, e que não é capaz de ver o quanto se esforça para ser reconhecido e chegar no nível de cima. De qualquer forma, a meu ver, o que o trabalhador não percebe é que se estabeleceu um abismo entre este sujeito e sua realidade, promovido por sua história, a qual entendo como a cultura na qual se insere, sua realidade social, sua formação e seus valores morais e éticos.

Portanto, diante destas questões, me propus a estudar para tentar compreender melhor o que estaria acontecendo, e surgiu o projeto de pesquisa apresentado a este programa de mestrado profissional. A escolha pelo mestrado profissional se deu em função de que este programa proporciona condições diferenciadas para que a realidade vivenciada no cotidiano do trabalho seja reelaborada teoricamente. Aqui, o fato de ser aluno do mestrado e, ao mesmo tempo, manter minhas atividades profissionais, permite uma aproximação e apropriação dos conceitos teóricos que necessariamente passa pela prática, atribuindo significados mais vivos e dinâmicos a ambos.

O texto a seguir é o resultado, no sentido de obra e de produto, dessas reflexões e investimentos intelectuais e afetivos, do que pude realizar até aqui. Vejo-o como ainda incompleto, pois me suscitou novas dúvidas e inquietações, que não puderam ser contempladas neste trabalho, mas percebo que tal incompletude não está relacionada a esta dissertação, mas a uma falta subjetiva inerente a mim, que me faz buscar sempre mais.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Breve contextualização histórica e política

A promulgação da Constituição em 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1989, representaram um avanço na assistência em saúde no Brasil. Além de aparecer no texto da Constituição, pela primeira vez na história nacional, uma definição de saúde social e historicamente determinada com o status de direito, instituiu-se, em decorrência disso, um sistema de saúde público, estatal e de acesso universal.

No período que antecedeu o SUS, compreendido entre as décadas de 1950 a 1980, observou-se um grande crescimento da modalidade privada de assistência individualizada em saúde, e a deterioração das condições de saúde da população, com aumento nas taxas de mortalidade infantil e problemas com epidemias, como resultado do desinvestimento público no setor público de saúde (PAIM, 2009).

Em contraposição a este modelo privatizante dos serviços de saúde no Brasil, a partir da década de 1970, vários movimentos sociais se organizaram no Movimento da Reforma Sanitária (MRS)¹, tendo como bandeiras de luta a democracia e a reestruturação da política de saúde (CAMPOS, 2007; FLEURY, 2009; PAIM, 2009). Produziu-se, então, uma proposta de reforma sanitária que pretendia constituir um sistema de saúde que fosse democrático e inclusivo, influenciando a organização da saúde pública no Brasil, consagrada na criação do SUS, o que representou uma grande conquista do MRS e, por consequência, da sociedade brasileira como um todo (CAMPOS, 2007; FLEURY, 2009; PAIM, 2009).

O MRS defendia uma concepção de Estado como espaço de disputas de poder entre atores sociais, ao mesmo tempo articulados e contraditórios entre si, portanto um espaço de subjetivação, produzindo sujeitos políticos. Neste sentido, se fazia necessária uma reestruturação radical do Estado, que deixasse de constituir e validar formas de dominação presentes nas relações sociais, e que ampliasse as instituições democráticas e o fortalecimento da autogestão em seus processos. Além disso, baseava-se em um conceito de processos/necessidades de saúde determinados pela estrutura social, e da própria saúde compreendida como “um objeto concreto e complexo”, que contém em si instituições e serviços organizados e criados

¹ O MRS conjugava vários movimentos sociais nas universidades, nos sindicatos de profissionais da saúde, nos movimentos populares, e representantes reformistas do próprio Estado.

para atender necessidades em saúde, produção e circulação de mercadorias, constituindo-se também num espaço de ideologias, saberes, e de “hegemonia de classe” construída histórica e socialmente, além de “possuir uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nível individual como coletivo” (FLEURY, 2009, p. 747).

A partir desses dois pressupostos, do Estado como espaço de produção de subjetividades e da saúde em sua complexidade e determinada socialmente, o MRS propunha um modelo de atenção à saúde que pretendia que todos tivessem acesso à assistência em saúde, de forma integral e equânime, promovendo maior qualidade de vida, a partir de uma rede de serviços articulada, regionalizada, hierarquizada e integrada (PAIM, 2009; VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

A proposta de um sistema de saúde universal e público como o SUS tem raízes na experiência bem-sucedida de outros países, como a Inglaterra, que implantaram sistemas públicos de saúde capazes de atender às necessidades de saúde de sua população de forma coerente com sua história, produzindo Estados de Bem-Estar. Além disso, na América Latina, vinha se discutindo amplamente as conceituações de saúde pública e saúde coletiva, a partir dos paradigmas que fundamentam ações e práticas, nas universidades e nos movimentos sociais organizados. Avaliava-se as condições de manutenção ou de transformação que as práticas em saúde produziam na sociedade, e as contradições inerentes aos campos de saber e de práticas (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998; CAMPOS, 2000; 2009).

Com a articulação política dos movimentos sociais junto aos representantes políticos foi possível implantar o SUS, mas ainda bastante suscetível às influências do movimento médico que defendia padrões de atenção ligados à tradição privatista (CAMPOS, 2007). Cabe ressaltar que o contexto político era adverso, pois as propostas neoliberais favoráveis à diminuição do poder de regulação do Estado e que privilegiavam as regras de mercado, realizadas nos planos e seguros privados de saúde, tensionavam para uma saúde descaracterizada como direito (GOUVEIA e PALMA, 1999).

Isto resultou num sistema híbrido, fundamentado pela coexistência de dois movimentos polares: as concepções dos sistemas nacionais de saúde e as do modo liberal-privatista, influenciando significativamente a efetiva implantação do SUS posteriormente (CAMPOS, 2007; PAIM, 2009; VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

Além disso, promulgar uma constituição que se fundamenta na instituição

de direitos aos cidadãos não é suficiente por si para efetivar e garantir esses direitos, visto que, no Brasil encontramos duas características que dificultam ou impedem a plena realização dos direitos sociais: a) as inúmeras modificações realizadas na Constituição posteriores à sua promulgação que restringiram e retiraram direitos, e b) o exercício passivo da cidadania pela população, caracterizado por uma percepção desta de que seus direitos nada mais são que favores concedidos pelo Estado (BRITO-SILVA, BEZERRA e TANAKA, 2012).

Podemos encontrar uma relação entre esta afirmação, e o que nos diz Campos (2000), ao apontar que a participação dos usuários na construção da política de saúde ainda é incipiente. Embasado pela conceituação de coprodução, este autor afirma que trabalhadores da saúde e usuários deveriam propor e debater projetos para a saúde, o que não acontece com frequência. As propostas ainda são formuladas a partir de quem está no poder instituído, como governantes, acadêmicos e o mercado, revelando resquícios da histórica cultura subserviente do país. Mas também afirma que essas relações ainda que se instituem de forma hierarquizada, há alguma interferência dos interesses de usuários e trabalhadores na identificação e conformação das necessidades (CAMPOS, 2000).

Mesmo assim, a partir de então, houve amplo investimento em organizar o sistema de saúde brasileiro de modo a implantar uma política pública abrangente a todos, tais como as leis que instituíram o SUS (BRASIL, 1990a; 1990b). Com a aprovação de legislações específicas, além de ampliar a segurança jurídica do sistema em conformação, institucionalizou-se a conquista dos movimentos sociais, possibilitando ao SUS transformar-se numa política de Estado (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

Destaca-se que o sistema em institucionalização se ancorava na concepção do processo saúde-doença como multideterminado, e inter-relacionado com outras políticas públicas para garantia do bem-estar que interferem nas condições de saúde (GOUVEIA e PALMA, 1999). Dessa forma, a criação do SUS resultou em grande impacto sobre a vida das pessoas procurando garantir sua cidadania a partir das ações em saúde pública, visto que reafirmava a saúde como direito, diminuindo desigualdades no acesso aos serviços públicos de saúde (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

A legislação também atribuiu ao Estado poderes para regular as ações de saúde no Brasil, sejam públicas ou privadas, visando sempre atingir o objetivo de

melhoria da qualidade da assistência em saúde e, em última análise, da própria vida dos sujeitos (PAIM, 2009). Ao atribuir ao Poder Público os poderes de regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, estes passaram a ser considerados “de relevância pública”, evidenciando a “essencialidade do direito à saúde”, e legitimando ações do poder público em defesa desse direito (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

O Estado assumiu um papel interventor, legitimado, mas já enfraquecido em sua capacidade de regulação, visto que, já de início o SUS previa a contratação de serviços privados para garantir a assistência que ele não garantia. Estes seguiam a lógica de mercado para estabelecer preços e escolher ofertas e recursos que fossem menos onerosas, influenciando também o *modus operandi* dos próprios serviços públicos, que passaram a valorizar a produtividade em detrimento da qualidade (CAMPOS, 2007).

Assim, numa espécie de divisão de competências, ficou a cargo do Estado o desenvolvimento de ações na atenção básica (AB), menos lucrativas, e uma supremacia dos serviços privados na gestão e assistência da atenção especializada e dos hospitais, atividades mais lucrativas, com grande parte do financiamento público em saúde destinado aos serviços privados, instaurando a competição entre os serviços público e privado, como acontece até os tempos atuais (CAMPOS, 2007; VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

Além disso, não se garantiu a efetivação do princípio da equidade², visto que se instaurou, para uma parcela da população que tem acesso aos serviços privados de saúde, o privilégio de usufruir dos dois sistemas de saúde (VASCONCELOS e PASCHE, 2012). O Estado brasileiro encontrava-se numa transição entre um Estado Liberal de Direito para um Estado Democrático de Direito, e ainda insuficientemente desenvolvido para que conseguisse de fato garantir os direitos fundamentais ao um exercício pleno e ativo da cidadania, previstos em sua avançada constituição, e que asseguram aos cidadãos a proteção por direito de que suas necessidades básicas de existência e de proteção à sua autonomia sejam garantidos (ALEXY, 1999; BRITO-SILVA, BEZERRA e TANAKA, 2012).

Para Ximenes (s.d.), o Estado de Direito surgiu na segunda metade do século XVIII e início do século XIX, a partir da necessidade de cercear e limitar o poder

² Princípio fundamental para a garantia de direitos, que preconiza o acesso diferenciado e prioritário àqueles com maiores vulnerabilidades e necessidades (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

atribuído ao Estado frente aos indivíduos, com a intenção de garantir às pessoas que não detinham poder a possibilidade de viver segundo os princípios da legalidade, da liberdade e das igualdades individuais. Constituiu-se assim o Estado Liberal de Direito, em que as liberdades individuais tinham prioridade, garantidas pela lei, limitando as arbitrariedades do Estado. A este caberia a função de garantir que as leis fossem aplicadas, formalizando a igualdade e liberdade dos indivíduos, mas que não ocorria na realidade, visto que os detentores dos meios de produção exploravam seus trabalhadores, evitando na prática que pudessem usufruir de qualquer direito. Surge então o Estado Social, como um interventor nessa relação, com a implementação de leis que buscam garantir o atendimento das necessidades sociais como prioridade. Todos passam ao status de cidadãos perante a lei. Finalmente, a inclusão da democracia como poder compartilhado seria a legitimação do Estado como defensor desta e da participação dos cidadãos, através de suas instâncias jurídicas e legislativas, constituindo-se em um Estado Democrático de Direito (XIMENES, s.d.).

Podemos perceber, então, que não romper definitivamente com o modelo privatista deixou uma marca nos modelos de gestão e de assistência dos serviços de saúde pública no Brasil. Como legados para o SUS desde o momento de sua implantação, e mesmo durante todo o período de sua implementação, manteve-se uma cultura organizacional fisiológica com estruturas hierarquizadas e modelos de gestão verticalizados e autoritários. Também havia interesses financeiros e comerciais que iam de encontro ao interesse público, e as práticas médicas eram descontextualizadas e fragmentadas, o que gerou maiores dificuldades para o Estado assumir seu papel como principal responsável pela regulação do sistema, de acordo com o previsto na constituição (BRITO-SILVA, BEZERRA e TANAKA, 2012; VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

O Estado ainda não conseguiu implantar efetivamente o modelo da seguridade social como eixo de conformação do SUS, coexistindo vários modelos de proteção social em saúde no Brasil, conflitantes entre si (PAIM, 2009). Segundo Fleury e Ouverney (2012), os três modelos de proteção social são: a assistência social, o seguro social e a seguridade social. A assistência social tem a marca do individualismo, voltado para os pobres, em que o Estado deve intervir em função da incompetência do indivíduo para se manter no mercado, gerando políticas compensatórias e discriminatórias, não se caracterizando como garantia de direitos. O seguro social tem na relação contratual sua principal característica, em que os

direitos são garantidos tendo como contrapartida um pagamento, realizado de forma tripartite (empregado, empregador e Estado). É voltado para grupos de trabalhadores do mercado formal, e gera uma distinção de direitos de acordo com a capacidade de pagamento de cada um, não contemplando as necessidades maiores de quem tem menos. Finalmente, a seguridade social parte do princípio da universalidade, em que todos os cidadãos têm direito ao “mínimo vital” de benefícios, independente de contribuições anteriores. Além desse caráter igualitário, corrige institucionalmente as desigualdades do mercado, gera compromisso entre as pessoas e fortalece o Estado como regulador, não mais o mercado.

Em relação à gestão, o SUS pretendia um modelo que contemplasse as diretrizes organizacionais do sistema, tais como a integralidade da assistência, a participação comunitária e a descentralização político-administrativa (PAIM, 2009; VASCONCELOS e PASCHE, 2012). Para atingir esse modelo de gestão democrático e participativo, é preciso garantir a representatividade de todos os segmentos envolvidos, -gestores dos diversos níveis de governo, trabalhadores e usuários-, em várias instâncias de organização federal, estadual e municipal, com ênfase na participação da população em todos os processos, da formulação de diretrizes até o controle das ações e serviços de saúde (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

Discutiremos melhor a diretriz da integralidade mais adiante, mas, por ora, basta esclarecer que se refere à integração das ações entre os vários subsistemas e serviços de saúde em redes de atenção, bem como a articulação entre as diversas políticas que atuem sobre os determinantes do processo saúde-doença, para alcançar a continuidade do cuidado (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012; VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

Para alguns autores, a descentralização configurou-se como a diretriz que mais obteve sucesso, pois desde o início da implantação do SUS investiu-se muito em sua implementação, com o intuito de maior penetração do sistema em todo o território nacional (PAIM, 2009; VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

A descentralização se deu inicialmente através da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em que a gestão do sistema de saúde foi direcionada para os estados, mas, a partir dos anos 90, sedimentou-se com maior aporte financeiro da União na municipalização da gestão das ações e serviços. Isso levou os estados e municípios a assumirem mais responsabilidades pela gestão de ações e maior autonomia na gestão financeira dos recursos (VASCONCELOS e

PASCHE, 2012).

Descentralizar significa distribuir as responsabilidades e decisões entre as várias esferas de governo, sobre as ações e serviços de saúde e recursos financeiros destinados ao sistema de saúde (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

Sendo assim, isso obriga aos gestores do SUS, em seu papel político,

que seus objetivos e planos de ação sejam negociados com diferentes atores governamentais e não governamentais e que os processos de formulação e implementação das políticas de saúde assumam cada vez mais uma feição compartilhada. Cabe aos gestores assumirem a liderança da negociação política em defesa da implementação dos princípios e diretrizes do SUS (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012, p. 372).

Para que a descentralização se efetive, duas outras diretrizes precisam também ser implantadas: a regionalização e a hierarquização. A primeira organiza a distribuição racionalizada e equânime dos “recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população” com intuito de integrar as ações e redes assistenciais, “de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala” (VASCONCELOS e PASCHE, 2012, p. 567). Já a hierarquização pretende “ordenar o sistema de saúde por níveis de complexidade na atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, tendo por base a atenção primária à saúde ofertada nos serviços básicos” (VASCONCELOS e PASCHE, 2012, p. 567).

A descentralização prevê um grande investimento político na assunção de responsabilidades e autonomia pelos municípios, a chamada *municipalização da saúde*, e teve o objetivo de “promover a democratização, melhorar a eficiência, a efetividade e os mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas” (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012, p. 368).

Desde sua implantação o SUS pressupõe uma rede de serviços integrada e descentralizada, que ainda requer investimentos institucionais e políticos para atingir este objetivo. No arranjo desta rede, deu-se especial destaque à atenção básica (AB), apontada como responsável por modelar os recursos do sistema, e atribuindo aos municípios a responsabilidade por sua gestão (PAIM, 2009; BRASIL, 2012; VASCONCELOS e PASCHE, 2012; PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

Como marco legal, a publicação da Portaria MS nº 648/06, que instituiu a

Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006³, representou um importante avanço no sentido de comprometer as três esferas de governo em torno de um modelo de organização da atenção à saúde que passou a valorizar e priorizar esse nível de atenção como coordenador do cuidado, estruturante e porta de entrada do sistema de saúde local (BRASIL, 2012).

Como forma de ampliar o alcance da assistência da AB, e para induzir a descentralização, além da municipalização da gestão, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, garantindo acesso a ações essenciais de saúde para populações localizadas onde não havia assistência médica, inicialmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Facilitado pelo PACS, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1993, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), aumentou significativamente o alcance da assistência da AB. Em conjunto com outras medidas regulamentadoras, essas duas propostas, PACS e ESF, fizeram reacender o debate sobre o modelo de atenção à saúde no Brasil, reafirmando a AB como porta de entrada para o SUS e coordenadora das ações em saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Atualmente, a AB se desenvolve nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, independentemente da estratégia de sua organização, devem priorizar desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, intervindo no processo saúde-doença da população e respeitando os princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 2012).

Enfim, o que se pode observar é que,

Nesse processo de conformação do SUS foi se configurando um conjunto de organizações, políticas específicas, sistemas, redes e programas nacionais de atenção, que operando em articulação com os estados e municípios vem consolidando o sistema nacional de saúde (VASCONCELOS e PASCHE, 2012, p. 579).

Todas essas mudanças impactaram nas ações de produção de saúde, e na percepção dessas ações por usuários, trabalhadores e gestores. Destacamos aqui o

³ Substituída pela Portaria MS nº 2.488, de 2011.

trabalho em saúde como um eixo importante das ações em saúde, tema com o qual seguiremos adiante.

1.2. Trabalho e Alienação

Utilizaremos aqui, como ponto de partida, a concepção de trabalho como a ação que torna o homem humano, tendo como referência o conceito marxiano de trabalho como o momento fundante da humanização e, conseqüentemente, da socialização do homem, diferenciando-o do mundo natural (NAVARRO e PADILHA, 2007). Nesse sentido, Antunes (2009), afirma que

Embora seu aparecimento seja simultâneo ao trabalho, a sociabilidade, a primeira divisão do trabalho, a linguagem etc. encontram sua origem a partir do próprio ato laborativo. O trabalho constitui-se como categoria intermediária que possibilita o salto ontológico das formas pré-humanas para o ser social. Ele está no centro do processo de humanização do homem. Para apreender a sua essencialidade é preciso, pois, vê-lo tanto como momento de surgimento do pôr teleológico quanto como protoforma da práxis social (p.136)

Ainda, para Peduzzi e Schraiber (2008),

O trabalho constitui o processo de mediação entre homem e natureza, visto que o homem faz parte da natureza, mas consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime ao trabalho. Portanto, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida, e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, transformam a si próprios (p.323).

Este processo de mediação é o próprio processo de trabalho, que se configura numa relação dinâmica entre a atividade humana e o objeto de trabalho, sendo aquela o trabalho em si que, utilizando instrumentos ou meios de trabalho, transforma o objeto em um produto, atribuindo-lhe alguma finalidade.

Esmiuçando um pouco mais essa relação entre os componentes do processo de trabalho, compreende-se o objeto de trabalho como a matéria prima sobre a qual incide a ação do trabalhador, e que contém em si,

potencialmente, o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho, no entanto, não deixa essa qualidade potencial transparecer por si mesma, imediatamente, de modo que essa qualidade de produto precisa ser evidenciada ativamente no objeto (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008, p. 322).

Portanto, a potencialidade de produto contido no objeto é criada e definida pelo olhar do trabalhador, revelando um projeto prévio idealizado, que imprime a sua intencionalidade ao trabalho de transformação do objeto em produto. O próprio objeto de trabalho se define como tal somente a partir de uma delimitação intencional de quem vai transformá-lo em produto por meio do trabalho. Nessa perspectiva, os instrumentos ou meios para alcançar o produto também não são naturais, se constituindo historicamente pelo trabalhador, como coisas ou complexo de coisas introduzidas por ele entre si e o objeto, com a função de dirigir sua atividade. Assim, tanto o objeto quanto os instrumentos só têm esse sentido na relação estabelecida e intermediada pelo trabalhador, que atribui à relação uma finalidade, o que se constitui em processo de trabalho (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008).

Diante das mudanças e multiplicidade do trabalho atualmente, e de estudos que “exploram dimensões mais conjunturais e microscópicas do trabalho”, tem havido outros entendimentos sobre o trabalho como categoria de análise que orienta a compreensão de humanização do homem e estruturante da sociedade (PEDUZZI, 2002, p. 80). Para Offe *apud* Peduzzi (2002), “diante da multiplicidade empírica das situações de trabalho, não mais se pode falar de uma unidade fundamental, de um único tipo de racionalidade organizando e regendo todo trabalho” (p. 80).

Antunes (2009) utiliza a expressão *classe-que-vive-do-trabalho* para considerar as particularidades das novas formas sociais de relações laborais, incluindo aqui a totalidade de homens e mulheres produtivos (no sentido de produzirem mais-valia de forma direta), e improdutivos (aqueles cujo trabalho é utilizado como serviço, e que é consumido como valor de uso), desprovidos dos meios de produção e que vendem sua força de trabalho, como por exemplo os assalariados, terceirizados, etc.

Assim, o trabalho em saúde, por sua própria natureza como *serviço*, deve ser analisado a partir de outro referencial, distinto do que analisa o trabalho operário assalariado. Segundo Peduzzi (2002), serviços seriam

atividades que atuam na mediação do processo produtivo buscando dar conta da questão da “normalização”, ou seja, atividades de prevenção, absorção e assimilação de riscos e desvios da normalidade, e defende que a produção em serviços tem uma racionalidade técnica própria e distinta da produção de bens, apesar de também exteriorizar-se como trabalho assalariado no bojo de organizações privadas ou públicas. Esta diferenciação acontece por duas características do trabalho em serviços: a falta de homogeneidade, a descontinuidade e a incerteza temporal, social e material dos “casos” que não permite normatizar uma função técnica de produção a ser adotada como critério de controle de execução do trabalho; e a não disposição de um claro e inquestionável critério de economicidade, a partir do qual se possam derivar estrategicamente o tipo, o volume, o local e o momento de oferta do serviço, resultando o trabalho, muitas vezes, em utilidades concretas e não em rendimento monetário (p. 80).

Por *processo de trabalho em saúde*, podemos, então, defini-lo como a prática cotidiana dos trabalhadores de saúde, imersos na produção e consumo de serviços de saúde, bem como a dinâmica que acontece entre o objeto, o instrumento e a atividade dessa prática. Sinteticamente, é possível designar que o objeto desse trabalho são as necessidades humanas de saúde, os instrumentos são os recursos utilizados para o processo, e a atividade é a mediação entre objeto e instrumentos pelo agente (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008).

Sobre as necessidades de saúde como objeto do trabalho no campo sanitário, estas não estão dadas *a priori*, mas são constituídas historicamente pelo olhar dos sujeitos envolvidos no processo das práticas de saúde, qualidade comum a todo objeto do trabalho, como já visto anteriormente. Porém, ao contrário do trabalho que produz um objeto concreto, como uma cadeira, por exemplo, em que a relação se dá entre o trabalhador e a matéria que se transformará no produto, nesse tipo de trabalho seu objeto, as necessidades de saúde, é definido pela demanda do usuário/consumidor, a partir da sua percepção dos problemas que tem, mas também pela própria prática de cuidado na ação do profissional de saúde. Isto é, a relação entre os agentes, trabalhador e usuário, na dinâmica do processo de trabalho também produzirá outras necessidades e outras formas de organização para atender às novas necessidades (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008). O produto originado por este trabalho, é o próprio trabalho, concretizado como práticas de cuidado em saúde.

Como instrumentos de trabalho em saúde, as autoras referem-se aos estudos de Mendes Gonçalves, afirmando que estão presentes instrumentos materiais e não materiais, sendo que

Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Além disso, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. O autor salienta que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008, p. 322).

Segundo estas autoras, os conceitos de *saber operante* e de *tecnologia*, são importantes categorias para analisar a especificidade do trabalho em saúde. Por *saber operante*, entende-se uma capacidade de mediação do trabalhador de saúde entre os conhecimentos apreendidos tanto cientificamente, quanto de práticas discursivas que outorgam saber aos sujeitos (fundamentais para a constituição das ciências, mas não exclusivo a elas), e também mediando sua aplicação no cotidiano de trabalho, conectando objeto, instrumentos e atividade (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008)⁴.

O conceito de tecnologia, por sua vez, agrega à dimensão material representada pelo instrumental físico (por exemplo, os equipamentos), uma dimensão imaterial, os saberes, ampliando a concepção de tecnologia para além do maquinário utilizado para produção de saúde (PEDUZZI, 2002; FRANCO e MERHY, 2012). Segundo Peduzzi (2002), tecnologia, nesse caso, é concebida composta por dimensões materiais e imateriais, “como uma modalidade de organização do trabalho e como um saber” (p. 82), e deve, portanto, expressar a articulação das práticas nas relações sociais entre os agentes durante o processo de trabalho em saúde.

Merhy avança nessa concepção, definindo os instrumentos como tipos de tecnologias distintas, mas que operam de forma articulada na produção de processos intercessores entre os agentes, trabalhador e usuário, durante o ato de cuidar em saúde. Tais processos intercessores correspondem a uma mútua interferência de um

⁴ “O saber operante, portanto, significa conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas. Note-se que no trabalho há o concurso de diversos saberes, lembrando que os saberes são campos de inscrição de ciências e de outros conhecimentos” (PEDUZZI, 2002, p. 81).

no outro, produzindo-se um no outro subjetivamente (MERHY, 2013).

As tecnologias a que este autor se refere são denominadas *duras*, *leveduras* e *leves*. Tecnologias duras corresponderiam ao instrumental utilizado para a execução do cuidado, tais como os equipamentos, exames, etc. As tecnologias leveduras seriam os conhecimentos estruturados, como a clínica, ou a epidemiologia, por exemplo. Tecnologias leves, enfim, se constituem no “espaço relacional trabalhador-usuário”, e que estão “implicadas com a produção de relações entre dois sujeitos, que só têm existência em ato” (MERHY, 2013, p. 176).

Finalmente, como atividade do trabalho em saúde, uma outra característica peculiar se evidencia, a deste trabalho somente existir naquele momento de sua produção e em função desta, nas práticas de cuidado constituídas na relação entre o agente trabalhador/produtor e o agente usuário/consumidor. Merhy (2013) define este processo como ‘trabalho vivo em ato’, em que a essencialidade do trabalho em saúde é a própria ação. Para Merhy (2013),

no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral), com o agente consumidor tornando-o, parcialmente, objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho (p. 175).

Nesse sentido, o trabalhador de saúde é, ao mesmo tempo, instrumento, recurso e sujeito na ação de trabalhar, pois também insere neste processo, na medida do possível, seus próprios projetos, pessoais e coletivos, ao que já estava previsto como projeto e sua finalidade como trabalho em saúde (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008).

Para Marx (2008), o trabalho implica também num certo grau de alienação/estranhamento, pois, ao manipular e transformar a natureza, o homem se distancia dela e, conseqüentemente, não mais se reconhece como seu elemento integrante, tal qual todos os outros seres. A transformação que produz na natureza possui finalidade, o que pressupõe que tenha consciência da ação anterior à sua execução, constituindo o trabalho como produção e reprodução, não somente das coisas em si, mas do próprio homem como *ser humano* (NAVARRO e PADILHA,

2007). Nas palavras de Marx (2008),

O produto do trabalho é o trabalho que se fixou num objeto, fez-se coisa, é a *objetivação* do trabalho. A efetivação do trabalho é a sua objetivação. Esta efetivação do trabalho aparece ao estado nacional-econômico como *desefetivação* do trabalhador, a objetivação como *perda do objeto* e *servidão ao objeto*, a apropriação como *estranhamento*, como *alienação* (p. 80).⁵

Esse estranhamento do sujeito em relação ao seu próprio trabalho, intensificado e aprofundado pelo modo de produção capitalista, que se apropria da produção do trabalhador e também de seu trabalho, decorre da transformação de valor de uso do produto de seu trabalho para valor de troca. Isto é, todo trabalho tem, originariamente, a intenção de produzir algo útil a alguém, com a finalidade de atender a alguma necessidade humana, gerando valor de uso. Quando o que produz com seu trabalho deixa de ter uma finalidade útil, e adquire valor apenas como elemento de troca, como mercadoria (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008)⁶. Valor de uso está relacionado ao trabalho concretamente realizado, materializado num produto, objeto ou serviço, para satisfação de necessidades, e que dá certa utilidade ao produto. Valor de troca refere-se ao valor do produto como mercadoria, e seu valor é determinado pela concorrência com outras mercadorias, posto que seu valor não é inerente ao produto em si, mas atribuído pelo mercado, e o sentido de utilidade do produto se perde, ou, no caso do trabalho em saúde, do trabalho em si (NAVARRO e PADILHA, 2007; PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008; CAMPOS, 2015). Ou seja, o produto do trabalho fica esvaziado de sentido, e o trabalho passa a ser realizado de forma repetitiva, pouco reflexiva e com pouca autonomia, isto é, alienado (CAMPOS, 1992).

Como afirmam Navarro e Padilha (2007), “com o desenvolvimento do capitalismo, a dimensão do trabalho concreto – que produz objetos úteis – perde espaço para a dimensão do trabalho abstrato” (p.15). Com o advento do capitalismo,

⁵ “O trabalho humano, isto é, a atividade prática material pela qual o operário transforma a natureza e faz surgir um mundo de produtos, apresenta-se para Marx como uma atividade alienada...” (VÁSQUEZ, 1977, p. 135).

⁶ “O valor de uso é produzido no trabalho concretamente realizado ou chamado trabalho concreto, o qual dá o sentido qualitativo do produto. O valor de troca corresponde ao valor que o produto adquire como mercadoria colocada em mercado, o que só se revela quando se contrapõem mercadorias de valores de usos diversos, pois o valor de troca não é algo inerente à mercadoria. O valor de troca faz aflorar a dimensão de trabalho abstrato, na qual o produto do trabalho perde sentido (utilidade) e assume um significado quantitativo de coisas produzidas em quantidade”. (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008, p. 323)

o trabalho foi apropriado pelo capitalista e desassociado de seu caráter produtor e que visa à satisfação das necessidades humanas, tornando-se voltado para as satisfações das necessidades do capital. O trabalho converteu-se, assim, em mercadoria.

Tendo o estranhamento como a marca da atividade do trabalho abstrato, este sustenta a própria existência do capitalismo, fornecendo as bases estruturantes da sociedade capitalista, e impedindo ao homem seu desenvolvimento como ser de possibilidades, e reduzindo-o a mero reproduzidor do sistema que o oprime (NAVARRO e PADILHA, 2007).

1.3. Organização do trabalho, Alienação e Produção de Subjetividade

Dejours (1992) trabalha com a perspectiva de alienação como uma “verdade clínica”, considerando o surgimento de sofrimento mental gerado pelo conflito entre o desejo do trabalhador e ter que submeter-se às necessidades do patrão. Afirmar que a organização do trabalho⁷ exerce tal poder sobre o sujeito que contamina sua vida completamente, tendo seu cotidiano determinado pelas regras tayloristas⁸ de seu trabalho, e que, para evitar maior sofrimento, o trabalhador não tem outra saída senão submeter-se a elas, como estratégia de sobrevivência. Em suas próprias palavras, “a injustiça quer que, no fim, o próprio operário torne-se o artesão de seu sofrimento” (DEJOURS, 1992, p. 47).

A organização do trabalho, como representante da vontade do outro, produz alienação como etapa necessária para a sujeição do corpo e, podemos dizer, da subjetividade (DEJOURS, 1992).

Segundo Antunes *apud* Peduzzi e Schraiber (2008),

o agente de trabalho torna-se alienado do sentido desse trabalho, do produto dele e de si próprio como agente dessa produção. O trabalho é, portanto, uma transformação não só de objetos, mas do próprio trabalhador, e, nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação (p. 323).

⁷ Organização do trabalho será compreendida aqui conforme descrita por Dejours (1992), como consistindo na divisão do trabalho, o conteúdo das tarefas, a hierarquia, as relações de poder, responsabilidades, etc.

⁸ Formas de organização do trabalho baseadas na proposta de uma ‘administração científica’, proposta por F. W. Taylor em 1911, que visava melhor eficiência produtiva, e que teve grande impacto nas relações de trabalho desde então. O taylorismo será melhor discutido mais adiante neste trabalho.

Devido à necessidade de sobrevivência é preciso trabalhar, mas isso também obriga o sujeito, de forma inconsciente, a alienar-se em certa medida, como proteção, para que continue integrado, não só psiquicamente, mas no contexto social, histórico e cultural em que vive. Para tentar preservar sua vida mental, o trabalhador mantém inalterados os processos que a ameaçam, sentindo-se permanentemente ameaçado e precisando fortalecer constantemente suas defesas, quase sempre percebidas como insuficientes e frágeis diante do sistema, se não criado por ele, mantido coletivamente e inconscientemente com sua participação (DEJOURS, 1992).

Este autor utiliza a compreensão de alienação no sentido de uma incorporação dos desejos da organização do trabalho como se fossem seus, identificando-se de certa forma com esta organização. Do ponto de vista defendido por Dejours (1992), essa saída se desdobra em dois aspectos, pois seria psicopatológica na medida em que o sujeito trabalhador não é a organização, e ele sabe disso, mas a tolerância e a identificação também seriam formas de evitar o desgaste absoluto de suas forças para evitar seu próprio aniquilamento.

Para compreender melhor a alienação no trabalho em saúde, é preciso descrever como o taylorismo influenciou, e ainda influencia, a organização deste trabalho em específico. Isto é, como o ritmo, a cadência, a produtividade sem qualidade⁹, impregnaram a produção de ações em saúde, e retiraram destas o sentido do trabalho para os trabalhadores (NAVARRO e PADILHA, 2007; CAMPOS, 2015).

As ideias de Taylor fundaram um modo de administrar as empresas, que tinha como objetivo o estabelecimento de um método científico na administração, retirando dos trabalhadores o controle sobre sua produção a partir da eliminação das iniciativas individuais. Além disso, afirmava que empregadores e empregados ganhariam igualmente, de acordo com seu status, com o método proposto por ele. Assim, as empresas teriam seu custo diminuído, aumentando seus lucros, e os trabalhadores teriam salários maiores se seguissem à risca o método de produção imposto pela empresa (TAYLOR, 1990).

Baseava-se em quatro princípios fundamentais (TAYLOR, 1990):

- 1) Substituição do critério individual por uma ciência;
- 2) Seleção e aperfeiçoamento científico do trabalhador, que é

⁹ “Para Mészáros (1989) o modo capitalista de produção é inimigo da durabilidade, portanto deve solapar as práticas produtivas orientadas para a durabilidade, inclusive comprometendo deliberadamente a qualidade”. (NAVARRO e PADILHA, 2007, p. 15)

estudado, instruído, treinado e, pode-se dizer, experimentado, em vez de escolher ele os processos e aperfeiçoar-se por acaso;

3) Cooperação íntima da administração com os trabalhadores, de modo que façam juntos o trabalho, de acordo com as leis científicas desenvolvidas, em lugar de deixar a solução de cada problema, individualmente, a critério de cada empregado;

4) Divisão equânime, entre a direção e os trabalhadores, das partes de cada tarefa diária, a administração encarrega-se das atribuições para as quais está mais aparelhada e os operários das restantes.

Para Navarro e Padilha (2007), Taylor preocupou-se mais em desenvolver métodos e com a organização do trabalho que com modificar a “base técnica do processo de trabalho”, acentuando ainda mais a divisão de trabalho existente nas fábricas, e garantindo à gerência o controle do tempo do trabalhador. Dessa forma, afirmam que isso “significou uma separação extrema entre concepção e execução do trabalho” (p.17).

Dejours, também nos chama a atenção para o que denominou de “desapropriação da liberdade de invenção” pelo taylorismo, no sentido de retirar de cada operário (trabalhador) seu jeito próprio de “inventar” e adequar a organização do trabalho às suas próprias necessidades e aptidões (DEJOURS, 1992, p. 38).

É a proibição de atividades intelectuais e cognitivas do trabalhador impostas pela organização do trabalho própria do método taylorista. Afirmam que a organização científica do trabalho desapropria, além do saber do trabalhador, qualquer possibilidade que lhe permita adaptar-se ao próprio trabalho, organizando-se ou se reorganizando como melhor lhe convier (DEJOURS, 1992). O que se conquista, assim, não é somente o controle da produção pelo empregador, mas também o controle deste sobre o próprio trabalhador, visto que o modo de realizar o seu trabalho passa a ser determinado pela estratégia taylorista, e não mais por sua experiência, seu conhecimento adquirido, e sua criatividade.

Para este autor, na implantação de seu método, Taylor encontra como principal obstáculo o domínio que o operário-artesão tem sobre a natureza de seu trabalho e os modos de realizá-lo, domínio este conquistado ao longo de sua prática (DEJOURS, 1992). Este conhecimento sobre o trabalho revela uma vantagem do operário sobre o empregador, na medida em que este não tem a experiência do cotidiano na produção que o operário possui, sendo então necessário que esta

vantagem seja eliminada. Assim, Taylor observou os modos operatórios, condenou os mais lentos e escolheu os mais rápidos, não valorizando as razões da variabilidade, que está relacionada ao domínio que o operário tem de seu ofício. Dessa forma, extraindo-lhe este domínio, retira-se, também, o sentido de seu trabalho, impondo o mesmo modo de operar a todos, indistintamente (DEJOURS, 1992).

Em sintonia com o exposto acima, Campos (2015) também nos diz de uma burocratização do trabalho produzida pelo ideal taylorista de conformação dos sujeitos trabalhadores a seres sem desejo e sem criatividade, educados para a disciplina e obediência, incapazes de realizar *uma obra*. Esta é definida por este autor como uma produção original e espontânea do sujeito, capaz de gerar satisfação a quem a produz pelo próprio ato de produzir, e reconhecendo-se a si mesmo em sua própria produção.

A obra também pode ser coletiva, segundo Campos (2015), na medida em que nos coletivos organizados¹⁰ para o trabalho, a participação em todo o processo de trabalho, da elaboração das diretrizes aos métodos, seria a própria obra. Reconfigura-se a noção de resultado, em que este passa a ser o processo em si, possibilitando “relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho” (p. 133). Destaca que, sendo coletiva e cogerida, a obra também reconhece as contribuições individuais para o produto final (CAMPOS, 2015).

Dejours (1992) também faz referência a uma obra produzida coletivamente, como algo que daria sentido ao trabalho, impedida de se realizar pela organização taylorista. A divisão de tarefas como imposta por Taylor retira o sentido do trabalho (este como produtor de sentido para a vida) da vivência dos trabalhadores. Isolando o sujeito dos outros, que fica confrontado com seu sofrimento individualizado, leva-se a uma desintegração da experiência de coletivo dos trabalhadores¹¹. Dessa forma, os sujeitos são separados daquilo que os identifica como coletivo, suas vivências e angústias comuns com o trabalho, passam a ser percebidas como sofrimento individual e não mais compartilhadas pelo grupo de trabalhadores (DEJOURS, 1992).

O trabalho compõe parte relevante na construção de identidades e subjetividades, além de constituir “fonte de identificação e de autoestima, de desenvolvimento das potencialidades humanas, de alcançar sentimento de

¹⁰ “Coletivo Organizado designa aqueles agrupamentos que têm como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço” (CAMPOS, 2015, p. 35).

¹¹ “A divisão do trabalho conduz – os operários não deixam de afirmar – a um *non-sens*: a maioria dos trabalhadores ignora o sentido do trabalho e o destino de sua tarefa” (DEJOURS, 1992, p. 40).

participação nos objetivos da sociedade” (NAVARRO e PADILHA, 2007, p. 14).

Para Dejours (1992) , a imposição de atitudes e comportamentos pela organização taylorista do trabalho, com vistas a aumentar a produtividade, faz com que o trabalhador reaja a esta dominação de sua vida mental com a ocultação de seus próprios desejos. Assim, o trabalhador abre mão de *comportamentos livres*, no sentido de ser capaz de transformar a realidade segundo seus desejos, para admitir em si os *comportamentos estereotipados*, impostos por uma organização autoritária do trabalho. Retomamos aqui a questão subjetiva da sobrevivência, pois o comportamento estereotipado pode garantir essa possibilidade ao trabalhador submetido a uma organização autoritária do trabalho. Sem perceber, porque ocorre em nível inconsciente, para Dejours (1992), o trabalhador tem sua subjetividade aprisionada, capturada, em nome da garantia de produção e, conseqüentemente, sua fonte de subsistência. Sobrevive, mas submetendo-se ao poder. Por outro lado, Campos (2015) nos diz que o que se aprisiona é a capacidade criativa e emancipatória, pois há produção de sentido tanto no trabalho emancipado quanto no trabalho alienado, visto que a subjetividade e objetividade não são instâncias separadas nem separáveis, constituindo-se permanentemente nas relações entre si.

Então, afirma-se que a organização do trabalho também pode contribuir para a obtenção de prazer e produzir saúde ao trabalhador, desde que cumpra certos requisitos, tais como as necessidades do trabalho e da organização irem ao encontro das necessidades do trabalhador, e nos trabalhos em que o trabalhador tem parte do controle sobre sua produção, sendo a satisfação compensatória do sofrimento (DEJOURS, 1992; CAMPOS, 2015).

Podemos concluir, então, que a produção da obra, conforme discutido acima, seria o que daria sentido ao trabalho, fazendo com que a ação do próprio trabalho seja experimentada/vivenciada pelo indivíduo como sua, de forma satisfatória.

Apesar de o taylorismo ter produzido uma importante transformação na relação dos sujeitos com o trabalho, reiterou a exclusão do trabalhador e seu distanciamento do controle dos modos de produção, determinando como função da gerência esse controle, inclusive do tempo, esta não foi a única mudança significativa no mundo do trabalho na produção de subjetividade (NAVARRO e PADILHA, 2007). As autoras se referem ao fordismo e ao toyotismo, sendo que o primeiro não promoveu mudanças significativas nos princípios tayloristas, acrescentando apenas a linha de

montagem e aumento de salários como incentivos à produção. Já no toyotismo, as inovações foram o estabelecimento de algumas metas para aumentar a produção: a redução de estoque e, conseqüentemente de pessoal; a produção *just in time*, em que os produtos são produzidos no momento e de acordo com a necessidade de escoamento e; a exigência de profissionais polivalentes, qualificados, mas que, na realidade, representam somente trabalhadores com sobrecarga de atividades. Seria como um aperfeiçoamento do taylorismo, com características distintas, mas mantendo essencialmente o domínio do capital sobre o humano nas relações de trabalho.

Para o capitalismo, o surgimento das fábricas deu-se mais para a finalidade de disciplinar os trabalhadores do que para garantir inovações tecnológicas, com fins de aumentar a produtividade, com o claro objetivo de “introjetar dentro de cada um o relógio moral do desenvolvimento capitalista” (NAVARRO e PADILHA, 2007, p. 16). Isto é, antes de Taylor, a fábrica já se utilizava do recurso de reunir os trabalhadores em linhas de produção e, através da divisão do trabalho, apropriar-se de seu conhecimento, capturar seu tempo de produção, e reafirmar o poder e hierarquia do capital sobre os sujeitos. É importante destacar que a exploração dos trabalhadores e de seu sofrimento não foi eliminada, ao contrário, ampliou-se com as organizações do trabalho sustentadas nos princípios taylorista, fordista e toyotista (NAVARRO e PADILHA, 2007).

1.4. Organização do trabalho em saúde e Alienação

Diversos autores afirmam (DEJOURS, 1992; PEDUZZI, 2002; NAVARRO e PADILHA, 2007; CAMPOS, 2015) que o taylorismo, além de ter aprofundado significativamente as desigualdades próprias do trabalho assalariado no modo de produção capitalista, também influenciou, e ainda influencia fortemente, as organizações de trabalho na saúde, tanto no SUS quanto no sistema privado.

Para Campos (2015), a gestão dos processos de trabalho em saúde está marcada profundamente pela racionalidade gerencial hegemônica (taylorismo), em que há um poder vertical e autoritário dos gestores que impede aos trabalhadores o exercício da cogestão, retirando destes graus de autonomia, num processo de alienação do trabalhador que, entretanto, não vê como possível de ser revertido totalmente.

Caberia indagar, então, como o trabalho em saúde, por sua natureza (relacional, social e não necessariamente visando o lucro), está relacionado com a

produção de processos de alienação.

Voltamos à ideia de valor de uso, como produto do trabalho que deve atender às necessidades sociais e se realiza no consumo desses produtos por sua utilidade, e que, na concepção de Campos, na saúde se traduz em bens, serviços, práticas e políticas “com capacidade potencial de assegurar atendimento a algumas necessidades” (CAMPOS, 2015, p. 49). As necessidades sociais são produzidas e construídas histórica e ideologicamente, e a equivalência entre valor de uso de um bem ou serviço em saúde e a necessidade social de saúde não é real, mas foi construída pelo mercado e instituições que têm interesse em transformar o valor de uso desses produtos em valores de troca.

Mas também aposta na possibilidade de que essa distorção seja percebida, através de uma reflexão crítica, afirmando que

Ainda que, durante todo o tempo, máquinas de propaganda e instituições induzam o público a representar suas necessidades mediante produtos concretos, isto não impede que, por meio de uma reflexão crítica, se consiga fazer este tipo de análise, separando bens ou serviços com valor de uso potencial das necessidades que se pretende atender (CAMPOS, 2015, p. 49).

Portanto, uma primeira constatação é que, para que as ações em saúde sejam consideradas valores de troca, as próprias condições de saúde já são mercadoria na sociedade capitalista. Para Gomes (2012), a inserção dos indivíduos e classes na produção de conhecimentos e tecnologias para o cuidado em saúde e no acesso a eles não é igual. Isto quer dizer que, sendo todas as relações sociais alienadas de seus produtores, as práticas de saúde, como objetivações humanas, são subordinadas à dinâmica de acumulação própria do capitalismo. Essa diferença no acesso será expressa na manifestação dos processos de saúde-doença diferentemente de acordo com a inserção de cada um no modo de produção. Então, mesmo que seja para alavancar o desenvolvimento humano, a alienação estará presente no trabalho em saúde como custo necessário nesta relação de produção (GOMES, 2012).

Este autor aponta serem as relações sociais a dimensão central do processo de alienação, sendo elas também objetivações humanas, portanto produzidas e reproduzidas pelos sujeitos. Dessa forma, as relações sociais passam a determinar o modo de viver das pessoas, e estas subordinam-se a elas por se

reconhecerem apenas como parte dessa dinâmica, sobre a qual não sentem ter poder para intervir ou modificar. É como se sua produção (coisas) assumisse o controle dos mecanismos da vida. Assim, afirma que a “tradução de determinados ‘obstáculos’ no ‘andar a vida’ dos indivíduos e classes sob a forma de necessidades de saúde pode se apresentar como um processo autônomo e natural, ao qual esses se subordinam” (GOMES, 2012, p. 93).

Como forma de enfrentar essa situação e opondo-se ao aprofundamento da alienação no modelo privatista (vale ressaltar que, para Marx, a alienação atinge seu auge no modo de produção capitalista), Campos (2015) propôs um modelo inovador de gestão democrática, o *Método Paidéia*, ou *Método da Roda*, que considera a participação e corresponsabilização de todos os sujeitos, -trabalhadores, gestores e usuários-, em cogestão, envolvidos na produção de bens e serviços de saúde, valorizando o processo para atingir seus objetivos.

Segundo este autor, o sujeito constitui-se permanentemente na relação constante entre seu mundo interno e o mundo externo. Por mundo interno, compreende sua estrutura biológica, seus desejos e interesses, e o mundo externo se constitui pelas necessidades sociais, as instituições, modos de ser. O sujeito se faria então, na relação entre esses dois planos, relação esta que cria um terceiro onde há: a) formação de compromisso entre o atendimento das necessidades sociais por produtos com valor de uso, e os interesses e desejos dos trabalhadores; b) possibilidade de projetos; e c) necessidade de pactuação de contratos, admitindo relativa autonomia e certa alienação. Sua subjetividade se produz continuamente, singularizando-se ao interferir e ser interferido por esses planos. Note-se que, por sujeito, o autor refere-se tanto a indivíduos quanto a coletivos (CAMPOS, 2015).

1.5. Apoio matricial como estratégia para a produção de processos de trabalho em saúde não alienantes

O Método Paideia pretende ser um método de análise dos coletivos, buscando o *efeito paideia*, ou seja, o desenvolvimento de maior capacidade dos sujeitos para analisar e interpretar as informações, com maior compreensão de si, dos outros e do contexto. Opõe-se ao modo taylorista de governar, posto que visa o desenvolvimento de sujeitos com maior autonomia, capazes de trabalhar em coletivos organizados em cogestão, produzindo-a enquanto a fazem. Seu sentido seria a

produção de bens e serviços com valores de uso, concomitantemente ao desenvolvimento do processo de trabalho, na produção de uma obra, como já vimos anteriormente (CAMPOS, 2015).

Nesse sentido, afirma que, para seu método,

o conceito de Obra funciona como uma ponte entre a obrigatória produção de Valores de Uso e os Desejos e Interesses dos Trabalhadores. E como aproximar a noção de Produto ou de Resultado à ideia de Obra, senão combinando Cogestão com a construção de Sujeitos. Nesta medida, supõe-se a possibilidade de se combinar elementos da inevitável alienação inerente a qualquer trabalho - a obrigatoriedade de se trabalhar em função do interesse alheio e de condicionantes externos -, com traços de autonomia dos Sujeitos Produtores - a livre incorporação no trabalho cotidiano de aspectos caros ao Sujeito produtor e à sua subjetividade. O Produto que fosse um pouco Obra e a Obra que fosse sempre algum Produto. (CAMPOS, 2015, p. 134).

Portanto, conciliar a obra como resultado do trabalho que produz sentido e significado à vida, com a necessidade de sobrevivência do trabalhador, que para isso precisa alienar-se em certo ponto para atender às necessidades da organização é um dos objetivos do método proposto por Campos (2015).

Ele trabalha com os conceitos de *alienação formal* e *alienação real*, em que a primeira é produzida por determinantes econômicos e políticos que fazem com que as organizações, ou os meios de produção, pertençam a um grupo reduzido de pessoas, físicas ou jurídicas, excluindo a maior parte das pessoas do âmbito formal de poder, e garantindo a quem o detém, o poder de governar. A partir dessa formalização do status de poder se produz a alienação real, através de dispositivos que separam concretamente os sujeitos-produtores da gestão dos meios de produção e do resultado de seu trabalho. Portanto,

Além da destituição do direito à propriedade há que se extrair dos Sujeitos-trabalhadores graus de autonomia, submetendo-os ao controle da cabeça de cada Organização. Mais do que extrair, a alienação real impede ganhos de autonomia, ou seja, dificulta a construção dos Sujeitos como seres com vontade e potência para exercer a cogestão dos processos de trabalho (CAMPOS, 2015, p. 27).

A alienação real seria então, produzida por métodos de gestão verticais e autoritários, aos quais o Método Paideia se contrapõe, utilizando-se de estratégias para que os sujeitos possam desenvolver maior capacidade para o estabelecimento de contratos de gestão sobre seu próprio trabalho junto à organização, com maiores graus de autonomia. Esta é sempre tida como relativa, visto estarmos todos, o tempo todo, de certa forma, presos à própria história e às muitas forças que nos coproduzem (cultura, língua, família, o próprio corpo, etc.), e que impactam sobre nossa autonomia, em graus e momentos diferentes, e que podem ser reconhecidas e analisadas pelo Método Paideia como uma variedade de forças em relação constante (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012; CAMPOS, 2015).

Pode-se afirmar que o Método Paideia pretende então, revelar os afetos envolvidos nas relações institucionais com o objetivo de que os sujeitos percebam quais forças de captura estão em jogo, indo além da relação capitalista do trabalho, mas compreendendo quais outras forças subjetivas estão em jogo, influenciando as pessoas a que, mesmo com a possibilidade relativa de fazer outras escolhas, optem por reproduzir aquilo que as oprime.

Dentre as estratégias para o desenvolvimento de maiores graus de autonomia e de emancipação nos processos de trabalho e de gestão, destacamos, para os objetivos desta pesquisa, dois arranjos propostos pelo Método Paidéia, a *equipe de referência* e o *apoio matricial*, considerando que o objeto dessa pesquisa é justamente o trabalho realizado no apoio matricial, e que este acontece na relação com as equipes de referência.

A equipe de referência é um arranjo institucional a partir de certos direcionamentos: equipes multiprofissionais, gestão colegiada, adscrição de clientela, projeto terapêutico singular (PTS). Esta equipe seria a menor unidade de produção de trabalho em saúde, numa rede hierarquizada de serviços, responsável pelas ações de saúde de seu território adscrito, com poder para decidir estratégias e intervenções necessárias para atingir os objetivos do trabalho em saúde. Este poder, contudo, é limitado e modulado por outros poderes, tais como os da gestão institucional, num diálogo permanente entre quem atua na gestão e quem lida diretamente com os usuários (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O apoio matricial, ou matriciamento, é uma estratégia para compartilhamento de conhecimentos, e também um arranjo para gestão do trabalho (CAMPOS, 1992; 1999; CAMPOS e DOMITTI, 2007). Seria, essencialmente, criar

espaços potentes de diálogo entre distintos profissionais, a partir do compartilhamento de um determinado núcleo de conhecimento, para construir intervenções que ampliem a comunicação e campo de atuação de todos os profissionais (CAMPOS e DOMITTI, 2007; FIGUEIREDO e ONOCKO CAMPOS, 2009).

Por *núcleo* entende-se que seria o conjunto de conhecimentos e práticas específicos de uma determinada profissão, demarcando sua identidade de saber e de prática; e *campo* seria “um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000). Nessa concepção, e no cotidiano do apoio matricial, os núcleos profissionais garantiriam a identidade profissional numa organização democrática, à medida em que estariam abertos às influências de outros núcleos, tendo o campo como esse espaço de interação (CAMPOS, 2000).

Mais especificamente, o apoio matricial tenta promover a interlocução entre os serviços de saúde para organizar esses serviços e processos de trabalho (GOMES, 2006). Seria, também, uma estratégia para possibilitar que se distingam situações individuais e coletivas; situações que são do cotidiano da vida e que podem ser acolhidas pelas equipes das UBS e por outros recursos sociais da comunidade; e situações que demandam atuação especializada, tornando as especialidades mais próximas das equipes de referência da AB, permeando seu campo de atuação (NASCIMENTO, 2007). Dessa forma, contribuiria favorecendo a corresponsabilização, para novas ofertas de promoção de saúde. Finalmente, para Gomes (2006), também pretende contribuir para flexibilizar as instituições em suas dimensões objetivas e subjetivas, tais como as normas, ações, percepções e relações, para garantir maior acesso e possibilidade de participação do usuário.

Evidentemente, devemos estar atentos para que a ferramenta apoio matricial não seja tomada como a solução contra todos os ataques de que o SUS é alvo atualmente, e desde sua institucionalização, no campo da disputa por interesses antagônicos. A proposta fundamental do Método Paideia é auxiliar as pessoas a analisar o contexto e, a partir daí, conseguirem organizar-se para a construção de coletivos mais autônomos que enfrentem o modo dominante de gestão taylorista.

Em relação à assistência, o apoio matricial foi assumido pelo Ministério da Saúde como diretriz para se enfrentar o desafio de implantar ações em saúde que promovam cuidado dos sujeitos e coletivos de forma integral, em oposição à fragmentação (BRASIL, 2012). Isso deixa claro uma iniciativa do Poder Público em

reafirmar o combate aos processos de alienação dos trabalhadores, e que só pode acontecer nos espaços coletivos e em cogestão (BRASIL, 2012; CAMPOS, 2015).

Atualmente, uma das características marcantes do trabalho em saúde é sua fragmentação, observada em diversos estudos (CAMPOS, 1999; GOMES, 2006; CAMURI e DIMENSTEIN, 2010; CUNHA e CAMPOS, 2011; CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013). Esta fragmentação é evidenciada por processos de trabalho reducionistas, calcados no modelo biomédico, caracterizado por ser restritivo; hiperespecialista, por isso fragmentado, e produzindo ações que fragmentam o sujeito e o cuidado; e sustentado por uma concepção de negação da produção histórica e social de processo saúde-doença.

Mas por que é importante destacarmos a fragmentação no âmbito dos processos de trabalho em saúde? Justamente porque se opõe ao princípio da integralidade do SUS, fundamental para a produção de trabalho em saúde. E ainda, porque o trabalho fragmentado impede aos trabalhadores identificarem-se com seu produto e com o processo de produção dele, seja individual ou coletivamente, produzindo ações e serviços também fragmentados, não os reconhecendo como *obras* (CAMPOS, 2015).

O conceito de integralidade é utilizado no Brasil desde a década de 1980, mas não há consenso em sua definição, que vão desde a regulação de políticas até um olhar sobre o usuário que prevê a multiplicidade de ações que precisam se articular para o cuidado, de forma complexa e complementar, seja em equipes multiprofissionais num mesmo serviço de saúde, ou intersetoriais (BRITO-SILVA, BEZERRA e TANAKA, 2012). Mas, de forma geral, é possível perceber que em qualquer das perspectivas apontadas para definir integralidade, o eixo central é a promoção do cuidado e da gestão do trabalho buscando atender ao máximo as várias dimensões que os compõem, considerando os usuários sujeitos complexos, que estabelecem relações complexas entre si e com o mundo, e com necessidades de saúde singulares (CECILIO e MERHY, 2007; BRITO-SILVA, BEZERRA e TANAKA, 2012). Essa concepção de completude também está presente nas diretrizes das políticas públicas, e destacamos a intenção ministerial para a ampliação das competências profissionais a partir das ações integradas e de apoio mútuo entre os profissionais e equipes, na perspectiva do cuidado (BRASIL, 2012).

De acordo com Matos (1994), a fragmentação do sujeito e do cuidado pode ser percebida como um dos elementos do trabalho em saúde que contribuem para

processos de alienação dos trabalhadores, visto que seu fazer cotidiano, seu ofício e seu investimento profissional passa a ser realizado de modo técnico e frequentemente desprovido de significado social. Para este autor,

a maioria dos funcionários não vê, nem se apropria simbolicamente do resultado do seu trabalho; a fragmentação das tarefas os transforma em simples elos de uma corrente, da qual não conseguem enxergar o início, o fim, nem a finalidade (MATOS, 1994, p. 31).

Camuri e Dimenstein (2010) afirmam que trabalho e vida são indissociáveis para os trabalhadores das equipes, e que um inevitavelmente afeta o outro, determinando seu modo de produzir saúde, e que não tem havido êxito no desenvolvimento de sujeitos trabalhadores capazes de intervir criativamente no cotidiano das instituições de saúde.

Segundo Campos (2015), a alienação se amplia quanto maior o descompasso entre desejos e interesses dos trabalhadores e dos usuários, e que o prazer no trabalho está diretamente relacionado a aproximação entre os desejos e interesses de ambos. E nos diz que,

quanto maior este desencontro, maior a alienação entre os produtores e mais penoso se torna o trabalho. Quanto mais se sobrepõem esses Planos, mais prazeroso o trabalho e maiores as possibilidades de realização pessoal (CAMPOS, 2015, p. 72).

Campos também aponta que a superação desta situação se dá a partir da construção de projetos e de cogestão, em que o sujeito-trabalhador produz “sentido para a ação e exige também a consideração dos meios materiais e subjetivos necessários à empreitada” (CAMPOS, 2015, p. 79).

E, nas palavras de Antunes (2009),

No processo mais profundo e emancipação do gênero humano, há uma ação conjunta e imprescindível entre os homens e as mulheres que trabalham. Essa ação tem no capital e em seu sistema de metabolismo social a fonte de subordinação e estranhamento. Uma vida cheia de sentido, capaz de possibilitar o afloramento de uma subjetividade autêntica, é uma luta contra esse sistema de metabolismo social, é ação de classe do trabalho contra o capital. A mesma condição que molda as distintas formas de estranhamento,

para uma vida desprovida de sentido no trabalho, oferece as condições para o afloramento de uma subjetividade autêntica e capaz de construir uma vida dotada de sentido (p.110).

No que diz respeito à organização do trabalho e às relações que os trabalhadores estabelecem com essa organização e com o próprio trabalho, a fragmentação é apontada por alguns autores (CAMPOS, 1999; CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013), como produzida por uma forma de organização dos serviços de saúde em que o trabalho multiprofissional e a construção de relações transdisciplinares são dificultados e quase impedidos de acontecer. Como já visto anteriormente, a organização do trabalho dos serviços de saúde sofreu forte influência do taylorismo e, na instituição do SUS especialmente, tivemos o impacto de um sistema híbrido de gestão e financiamento público e privado. Esta origem determinou um modo de organizar e gerir os serviços de saúde baseado na lógica da produtividade e do clientelismo, e apesar dos investimentos realizados, não foram suficientes para efetivar os princípios fundamentais do SUS como política pública e garantir o direito universal, tampouco o cuidado integral à saúde.

Há também uma relação direta entre a produção de processos de trabalho fragmentado e a formação dos profissionais de saúde. Cunha e Campos (2011) afirmam que a própria formação dos profissionais de saúde incentiva a disputa entre as profissões, negando sua complementaridade, e investindo para que cada núcleo de saber seja considerado “senão suficiente na intervenção terapêutica, pelo menos protagonista” (p. 967).

Portanto, concordamos com Campos (1999) quando este afirma que o estilo de gestão e a organização do processo de trabalho em saúde são determinantes em como se produz saúde, e que a verticalização do poder desestimula o compromisso e produz alienação nos trabalhadores. Seria justamente este o cerne do problema a ser enfrentado pelo Método Paideia (CAMPOS, 2015).

Associado à fragmentação, a subjetividade foi tradicionalmente circunscrita como responsabilidade dos profissionais de saúde mental (CAMPOS, 1992). O encaminhamento para os profissionais de saúde mental seria decorrente da pouca capacidade das equipes de saúde para lidar com problemas de ordem emocional, afetiva e relacional, bem como sociais (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013). Assim, o encaminhamento é realizado sem caracterizar claramente a necessidade de

acompanhamento especializado, gerando dificuldades para a compreensão do problema e para o acesso dos casos mais graves ao sistema de saúde (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013). Fatores sociais como a pobreza ou a violência nem sempre são percebidos como produtores de problemas de saúde, mas suas consequências são direcionadas aos profissionais de saúde mental para que as apaziguem (GOMES, 2006).

Ainda sobre essa questão, Gomes (2006) observou que a angústia frente ao sofrimento do sujeito-usuário tende a gerar um sentimento de impotência nos profissionais que os levariam a encaminhar o caso, num movimento que pode gerar desresponsabilização pelo cuidado. Camuri e Dimenstein (2010), em estudo realizado com equipes de saúde da família e cuidado em saúde mental, mostram que trabalhadores do PSF têm dificuldade para escuta do sofrimento psíquico e reproduzem uma assistência fragmentada e hospitalocêntrica, encaminhando os pacientes para o especialista como forma de resolução, e encontraram movimento semelhante na gestão, sustentada em ações programáticas.

Em entrevista concedida ao Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, Dejours (1992) nos fala de um possível papel do psicólogo para enfrentar o sofrimento no trabalho de equipes de profissionais de saúde em instituições de tratamento em saúde mental, que se assemelha ao matriciamento em seu modo de fazer. Sugere um trabalho que consistiria em espaços de discussão nos próprios locais de trabalho, com prioridade para a organização do trabalho da equipe, e que essa contribuição dos psicólogos seria ajudar os profissionais de saúde

a elaborar sua relação com o trabalho e a catalisar a transformação e até melhoria da organização do trabalho. Assim, o sofrimento dos profissionais da saúde pode ganhar um sentido pela ação de transformação do trabalho real e tratamento (DEJOURS, 1992, p. 168).

A aposta organizativa de Campos (2015) na tentativa de minimizar os efeitos da fragmentação do trabalho em saúde seria que a equipe de referência e o matriciamento possam funcionar como ferramentas potentes para ampliar autonomia dos profissionais, a partir de modificações, mesmo que pequenas, que se oponham ao modelo biomédico. Estas modificações nas técnicas devem também promover e produzir sujeitos livres e responsáveis, na medida em que possam assumir corresponsabilidade pela assistência prestada e pela gestão e organização do

trabalho (CAMPOS, 1999).

Contudo, nossa hipótese é que os trabalhadores da rede de saúde pública de Campinas estão alienados da produção de seu trabalho e que realizam as ações sem perceberem sentido nas mesmas. Segundo Campos (2015), a alienação a que nos referimos aqui é a “alienação real” (p. 27), em que os produtores são separados concretamente da gestão de seus processos de trabalho, impedindo a ampliação da autonomia desses produtores. Ou seja, isso não teria a ver, necessariamente, com a maneira como se realiza o trabalho em saúde no SUS de Campinas, mas com o porquê realizá-lo. Seria o apoio matricial uma forma de recuperar o sentido do trabalho e, portanto, promover a não alienação?

Aparentemente, o apoio matricial em Campinas, apesar de propor a produção de um cuidado integral dos usuários e de produção de processos de trabalho não alienado em saúde, bem como de ampliar os graus de autonomia dos trabalhadores, não tem conseguido alcançar os objetivos propostos.

Tendo em vista a relevância social do processo de trabalho em saúde como produtor de sujeitos e subjetividades, quer sejam trabalhadores, usuários ou gestores, o que por sua vez repercute na qualidade do cuidado prestado nos serviços, este estudo pretende investigar se o arranjo e dispositivo apoio matricial tem contribuído para a produção de sujeitos com maiores graus de autonomia entre os trabalhadores do SUS Campinas, e se o trabalho em saúde no SUS Campinas tem se aproximado ou não do que poderíamos chamar de *obra*, segundo a definição de Campos (2015).

Cabe destacar que essa pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas pela Autorização 012/2015 (Anexo 1), e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP e aprovada pelo Parecer nº 1.016.685 (Anexo 2). Desde o início do curso de Especialização em Apoio Matricial foram explicitados os aspectos éticos do estudo, seus objetivos, etapas, método de coleta de dados, a voluntariedade da participação, sendo-lhes apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) que foi assinado por aqueles que se dispuseram a participar da pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Compreender as percepções dos apoiadores matriciais acerca da influência do apoio matricial sobre a produção de processos de trabalho em saúde não alienados em Campinas/SP.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar e descrever as potencialidades e fragilidades do apoio matricial para a organização do processo de trabalho em saúde na perspectiva dos apoiadores matriciais do SUS Campinas/SP;
- Analisar se o apoio matricial tem contribuído para a ampliação da autonomia no trabalho em saúde em Campinas/SP, a partir das percepções dos apoiadores matriciais acerca desta diretriz.
- Investigar se o arranjo e dispositivo apoio matricial tem contribuído para a produção de sujeitos com maiores graus de autonomia entre os trabalhadores do SUS Campinas, e se o trabalho em saúde no SUS Campinas tem se aproximado ou não do que poderíamos chamar de *obra*.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Fundamentação Teórica

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que se mostrou mais adequada para atingirmos os objetivos de conhecer e compreender a influência subjetiva da diretriz do apoio matricial sobre os processos de trabalho e a produção de trabalho não alienado em saúde.

Na medida em que a diretriz do apoio matricial se concretiza em ações, e sendo estas carregadas de significados atribuídos subjetivamente pelos indivíduos determinando seus comportamentos para a realização da ação, a abordagem qualitativa se justifica neste estudo, pois trabalha com os aspectos subjetivos do fenômeno estudado, “levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores” (MINAYO, SOUZA, *et al.*, 2005, p. 82).

Segundo Deslandes, Gomes e Minayo (2011), a pesquisa qualitativa,

(...) trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (p. 21).

Assim, a abordagem qualitativa nos pareceu ser a mais indicada visto que essa compreensão se dá a partir do reconhecimento de que o fenômeno observado é parte do contexto em que se manifesta, como um processo vivo, com significados e intencionalidades singulares para cada sujeito. A partir do conhecimento desses significados é possível uma interpretação, aprofundando o entendimento sobre o fenômeno estudado (MINAYO, SOUZA, *et al.*, 2005; MINAYO, 2014).

Essa compreensão se sustenta na concepção de ser humano como constituído por e nas relações como o mundo e sua ação sobre ele, a partir de sua condição biológica, inicialmente, e pela necessidade e capacidade de produzir e reproduzir as condições essenciais para sua existência, diferentemente dos outros animais, produzindo assim, nas palavras de Marx e Engels (1998), “uma maneira determinada de manifestar sua vida, um *modo de vida* determinado. A maneira como

os indivíduos manifestam sua vida reflete exatamente o que eles são” (p. 11).

O objeto deste estudo é a percepção que os participantes têm do apoio matricial, presumindo-se que sua compreensão dos pressupostos e das diretrizes da política de saúde interfere e determina a forma como a realizam, e é, ao mesmo tempo, determinada por seu modo de a realizar.

3.2. Contexto da Pesquisa

Em Campinas, SP, implantou-se em 2001 o Programa Paideia Saúde da Família que propunha mudanças no modelo assistencial e gerencial da saúde, tendo em vista ampliar a cidadania dos sujeitos, sustentando-se no Método Paidéia (LUZIO e L'ABBATE, 2006). Neste município já se experimentava o apoio matricial na saúde mental desde 1989, que ganhou destaque de diretriz municipal para toda a rede de saúde a partir de 2001, quando da implantação do Programa Paideia de Saúde da Família (CAMPINAS, 2001; CUNHA e CAMPOS, 2011; OLIVEIRA, 2014).

Destaca-se o apoio matricial iniciado pela saúde mental, pois esta área de conhecimento identificava-se com a troca de experiências como metodologia de trabalho, desde a formação dos profissionais (CAMPOS, 1992). Também já se contava com a inserção desses profissionais na AB, desde a descentralização das ações de saúde mental na década de 70, em que Campinas organizou seus serviços públicos de saúde pelo modelo da Atenção Primária em Saúde (FIGUEIREDO, 2005). E, finalmente, há o reconhecimento institucional de que os conhecimentos e práticas que fundamentam o que chamamos de saúde mental, advindos da psicologia, terapia ocupacional, psiquiatria, etc., são considerados pilares estruturantes da PNAB (BRASIL, 2012).

A implantação do Programa Paideia aconteceu numa rede de saúde que era estruturada na divisão da assistência à saúde por áreas (saúde da criança, do adulto e da mulher) e programas (saúde mental e saúde bucal), que não havia aderido ao Programa de Saúde da Família. Naquele momento, a opção política da administração municipal foi por implantar a nova estratégia de organização da rede de saúde em todos os equipamentos públicos de saúde, ao contrário de outros municípios que construíram sistemas híbridos em que coexistiam unidades de saúde da família e UBS tradicionais (FIGUEIREDO, 2005). A perspectiva era de constituir um PSF ampliado, alinhado com os pressupostos do Método Paideia, visto que, na época,

o secretário de saúde era o próprio formulador do Método.

Desde então, com as mudanças no governo municipal para partidos de oposição àquele que implantou o Programa Paideia, apesar de não haver alterações significativas no formato da rede, esta vem sofrendo profundas transformações na sua lógica de trabalho. Nas palavras de Fernandes (2014),

Vive-se de um período em que não há diretrizes para a saúde, que o espaço da gestão não tem representatividade entre trabalhadores, usuários e mesmo entre outros gestores da Secretaria. O vazio de formulação que assola o SUS Campinas desestimula as equipes e os Distritos ocupam-se de resolver urgências e oferecer um pacote cada vez menor de ofertas assistenciais à população (p. 38).

O movimento de desvalorização e de desconstrução do SUS em Campinas é apontado em pesquisas recentes, conduzidas por Fernandes (2014) e Oliveira (2014), por evidências de terceirização da assistência e gestão dos serviços públicos municipais, manutenção da baixa qualidade dos serviços e do desabastecimento de insumos e de medicamentos, sobrecarga de trabalho para os trabalhadores que têm que suprir a falta gerada pela não reposição de trabalhadores que saíram dos quadros de pessoal, e pelo aprofundamento da distância entre os trabalhadores e gestores.

Oliveira (2014) é enfática ao afirmar que

Já a partir de 2010, a gestão municipal, na área da saúde, manteve a ausência de investimentos na Atenção Básica e passou a assumir um posicionamento de oposição e enfrentamento às propostas de Apoio, de Cogestão e da Clínica Compartilhada que haviam sido construídas. Muitos dos dispositivos criados passaram a ser desconstruídos e foram implementadas medidas que buscavam impedir que os profissionais se dedicassem a essas atividades, como, por exemplo, a cobrança constante por produtividade e a falta de autonomia concedida aos trabalhadores para organizarem suas agendas (p. 59).

Não obstante, a rede se mantém, ainda que pelo investimento pessoal dos trabalhadores, sustentado pelo referencial Paideia já incorporado “no discurso e nas práticas de profissionais e gestores” (Oliveira, 2014, p.59)

Atualmente, a rede de serviços do SUS Campinas compõe-se da seguinte forma, segundo o site da Secretaria Municipal de Saúde (CAMPINAS, s.d.):

- 63 Centros de Saúde
- 02 Policlínicas, com cerca de 30 especialidades
- 01 Centro de Referência Idoso - CRI
- 01 Centro de Referência em Reabilitação - CRR
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST
- 01 Centro de Referência do Programa Municipal de DST/Aids
- 01 Unidade de Vigilância de Zoonoses (antigo CCZ)
- 01 Centro de Lactação - Banco de Leite Humano de Campinas
- 02 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO
- 06 CAPS III
- 03 CAPSad
- 02 CAPSi
- 04 unidades de Pronto Atendimento – PA
- 06 unidades de Pronto-Socorro – PS, sendo 02 próprias e 04 conveniados ou contratados
- 01 Laboratório de Patologia Clínica
- 04 Serviços de Assistência Domiciliar – SAD
- 01 Ambulatório no CEASA
- 01 Botica da Família
- 04 Centros de Convivência (há mais um não relacionado no site, que é de gestão própria da PMC)
- 01 Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde - CETS
- 01 Farmácia Popular do Brasil - Centro
- Disque Saúde 160

Constituem também a rede os seguintes prestadores de serviços conveniados:

- Maternidade de Campinas
- Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUCCAMP
- Hospital Municipal "Dr. Mario Gatti"
- Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira"
- Real Sociedade Portuguesa de Beneficência
- Associação dos Pais e Amigos do Excepcional - APAE

- Centro "Dr. Antonio Carlos Corsini"
- Fundação Síndrome de Down
- Clínica de Psicologia da PUCCAMP
- Ambulatório de Fisioterapia da PUCCAMP
- Ambulatório de Terapia Ocupacional da PUCCAMP
- Clínica de Odontologia da PUCCAMP
- Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi
- Fundação Penido Burnier
- Instituto Raskin

Olhar para todos esses serviços nos dá uma dimensão da complexidade da rede de saúde pública de Campinas, e da organização entre todos esses equipamentos. Toda essa rede funciona por graus de complexidade de atenção à saúde, tendo as unidades da atenção básica como as principais e preferenciais portas de entrada para esse sistema, conforme preconizado pela política da atenção básica. O apoio matricial é uma ferramenta utilizada para a articulação entre vários desses serviços, primeiramente a partir das ações de saúde mental, e depois estendendo-se para algumas especialidades médicas dos ambulatórios nas Policlínicas e profissionais de outros serviços de referência, como, por exemplo, o Sabiá ou o Centro de Reabilitação.

Essa maior articulação pelo matriciamento apresenta vários formatos, desde a discussão de casos junto às equipes da UBS, até consultas conjuntas entre especialistas e profissionais da atenção básica. Dessa forma, o município aposta nesse dispositivo como importante ferramenta para a constituição e o fortalecimento de redes de atenção à saúde, tentando imprimir maior eficácia em suas ações, a partir da elaboração de estratégias junto às equipes da AB para atender as demandas dos usuários de forma mais adequada às suas necessidades, e buscando ampliar a resolutividade e a corresponsabilização entre instituições.

3.3. Cenário da Pesquisa

Este estudo é parte de uma ampla pesquisa, cujo título é *“Avaliação do Método De Apoio Paideia como Estratégia de Educação Permanente para Profissionais do SUS”*, desenvolvida no âmbito do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia, Departamento

de Saúde Coletiva/FCM/Unicamp, e aprovada pelo CNPq (Decit Nº 08/2013 - Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde - Processo Nº: 401398/2013-7).

A coleta de dados se deu no âmbito da rede SUS Campinas, por três motivos principais: ser um dos campos de estudo para a pesquisa referida acima, o pioneirismo deste município na implantação do apoio matricial, e por interesse pessoal do pesquisador, psicólogo trabalhador desta rede e apoiador matricial.

Este curso é decorrente de pesquisas realizadas pelo Coletivo de Estudos e Apoio Paideia – FCM/UNICAMP, e que levantaram a necessidade de formação para os trabalhadores que realizam a função de apoiadores matriciais (FERNANDES, 2014; OLIVEIRA, 2014).

A formação dos trabalhadores de saúde está prevista na Constituição como sendo de responsabilidade do SUS, em parceria com as instituições de ensino, buscando o contínuo aprimoramento dos recursos humanos em saúde, e associado à integralidade da atenção em saúde, porém ainda pouco explorado como tema de problematização para a formulação das políticas de saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004). Dessa forma, o curso cenário desta pesquisa se insere nas iniciativas para qualificação da atenção em saúde no SUS, atendendo à premissa constitucional.

Desenvolveu-se no período entre maio de 2014 a outubro de 2015, e sua proposta era pautada no referencial do Apoio Paideia. Tinha como objetivos desenvolver a formação e ampliar a capacidade de intervenção dos profissionais para resolver situações cotidianas concretas, além de promover reflexões, análises críticas e propor mudanças nas práticas dos apoiadores que desenvolvem atividades de matriciamento.

3.4. Participantes da Pesquisa

Na presente investigação, constituem o grupo de participantes da pesquisa 53 trabalhadores do SUS Campinas que atuam como apoiadores matriciais ou que recebem apoio, matriculados no *Curso de Especialização em Apoio Matricial*, do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP, e que consentiram em participar dos grupos focais.

No total, o curso de apoio matricial contava com 74 alunos matriculados, distribuídos em três turmas. As informações referentes à caracterização dos

participantes foram obtidas por meio dos cadastros realizados por cada participante, no momento da inscrição no curso, bem como através do preenchimento de um questionário (Anexo 4) apresentado a eles no primeiro dia de aula, sendo utilizadas apenas as informações constantes no item “Identificação” do questionário.

Todos os alunos foram convidados a participar dos grupos focais, sendo que 53 efetivamente aceitaram. Foram realizados três grupos focais coincidindo com o início do curso de especialização, cada um composto por 17 participantes.

3.5. Processo de coleta dos dados

O primeiro passo para coleta de informações é uma aproximação da produção teórica já existente sobre o tema, através da pesquisa bibliográfica. A revisão bibliográfica ou de fontes secundárias abrange uma prévia seleção da bibliografia tornada pública em relação ao tema de estudo, com a finalidade de rever o que já foi escrito ou dito sobre o assunto, situando teoricamente o problema a ser investigado, na perspectiva de lançar novos olhares sobre o tema e oferecer meios para definir e resolver problemas já conhecidos, bem como explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram (MARCONI e LAKATOS, 2008).

Como dito anteriormente, em função desta investigação estar vinculada a uma pesquisa mais ampla que envolve um grupo de pesquisadores, a coleta dos dados empíricos não foi exclusivamente para este estudo, mas também para outros vinculados à referida pesquisa. Portanto, os instrumentos de coleta de dados utilizados foram elaborados para gerar informações que contemplassem os diversos estudos. Em nosso caso, os dados são provenientes do item “Identificação” do questionário de caracterização dos participantes e dos grupos focais.

Para a coleta dos dados, utilizou-se a técnica de grupos focais moderados por pesquisadores do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia. Cada grupo focal contava com dois pesquisadores, sendo um o coordenador do grupo e o outro o observador e relator da discussão, e os grupos aconteceram em dias pré-determinados, coincidindo com dias de aula do curso, em salas de aula da FCM. O autor deste trabalho não participou de nenhum grupo focal em virtude de conflito entre as datas dos grupos e outros compromissos de trabalho do pesquisador, mas entendemos que não houve prejuízo para esta pesquisa visto que os grupos atendiam a diversas pesquisas em andamento no Coletivo de Estudos e Apoio Paideia, como já referido anteriormente.

As discussões seguiram um roteiro (Apêndice 1) previamente delineado, cujas questões incluíram a temática de interesse desse estudo e, do banco de dados produzido, extraímos os trechos que interessavam diretamente a esta pesquisa. Os grupos focais foram gravados para obter maior rigor nas informações coletadas, e transcritos integralmente para subsidiar a organização e interpretação dos dados.

O grupo focal é uma técnica qualitativa para a produção de dados que pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, uma prática, um produto ou serviço. A essência do grupo focal consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, com o objetivo de coletar dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos relacionados à problemática em estudo (MINAYO, 2014).

Trata-se de uma técnica que parte de sessões de discussão grupais entre pessoas que compartilham traços comuns, com o objetivo de obter informações a partir de discussões planejadas que facilitam a expressão da subjetividade e de aspectos sócio-histórico-culturais. Permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações encontram-se associados a determinado fenômeno, além de possibilitar a observação dos diferentes graus de consensos e dissensos existentes. A coleta de dados, por meio do grupo focal, tem como uma de suas maiores riquezas a possibilidade de interação entre os participantes dessa atividade, que permite a cada um – e ao grupo como um todo –, a formação e definição mais consistente de posições quanto à temática proposta. Ele contrasta, nesse sentido, com dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convidado a manifestar-se sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente (MINAYO, 2014).

O grupo focal permite atingir um número maior de pessoas e tem a facilidade de obter dados com certo nível de profundidade em um período curto de tempo. Além disso, a interação grupal proporciona que comentários de uns façam emergir a opinião de outros, o que configura uma construção coletiva. Os grupos focais colocam as pessoas em situações próximas à situação real de vida, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de apreender a dinâmica grupal e analisar a forma que configuram as relações interpessoais no contato com o tema em discussão (WESTPHAL, 1992).

Para o planejamento desses grupos é necessário definir sua categorização,

sua composição e um roteiro de questões de interesse para a discussão. Segundo Westphal (1992), o critério de seleção dos participantes é intencional, e se baseia na concepção de que a posição que o indivíduo ocupa na estrutura social se associa à sua construção social da realidade. Essa realidade está intimamente relacionada à forma como os indivíduos se posicionam em relação às questões propostas. Nesse sentido, a autora defende que a composição dos grupos focais deve, preferencialmente, privilegiar a homogeneidade entre os participantes. Aqueles mais homogêneos permitem obter resultados mais ricos e aprofundados sobre o tema, na medida em que cada grupo elabora e esmiúça as questões em discussão a partir de seu lugar específico enquanto componente da trama social. Ademais, a homogeneidade é desejável para facilitar a interação grupal, ao passo que a heterogeneidade e as diferenças muito marcantes em termos de educação, papéis sociais ou autoridade podem inibir as relações interpessoais (WORTEN, SANDERS e FITZPATRICK, 2004). No entanto, a opção pela homogeneidade ou heterogeneidade dos grupos depende dos propósitos do pesquisador e do contexto onde os encontros grupais forem realizados. Independentemente do critério adotado para definir a composição dos grupos, a literatura prevê que os dados sejam obtidos por mais de um grupo, com características diferentes para permitir a identificação e a compreensão de diferenças de percepção (WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996).

No caso específico desse estudo, os grupos focais foram planejados para ocorrer no início do curso, com vistas a obter discursos que melhor revelassem a percepção dos apoiadores matriciais sem a interferência dos conteúdos que seriam trabalhados durante o curso. Todos os alunos do curso de apoio matricial foram convidados a contribuir com os grupos focais, sendo que a maioria, pouco mais que 70%, concordou em participar. A homogeneidade dos grupos focais esteve assegurada pela composição das turmas dos cursos, conforme recomendação de Westphal e col. (1996).

3.6. Processo de Análise dos Dados

Para a análise dos dados, seguimos quatro etapas, descritas a seguir. Na primeira etapa, realizou-se leitura exaustiva das transcrições, em que fizemos uma primeira separação e organização do material produzido em campo, considerando os discursos e percepções coletados por meio dos grupos focais. A partir daqui, optamos

por considerar os resultados dos três diferentes grupos focais como se fossem de um único grupo, resultando no Quadro de Núcleos Argumentativos (Apêndice 2). Visto que a análise pretende compreender a totalidade, ou universalidade, dos resultados, sem a necessidade de identificar quem ou em qual grupo exatamente foi dito, para a elaboração deste quadro selecionamos todos os trechos dos discursos presentes nas transcrições que se relacionavam com os núcleos argumentativos comuns encontrados nas transcrições dos três grupos focais e os agrupamos sem distinção de qual grupo se originaram.

Em seguida, na segunda etapa, procuramos identificar as ideias-chave presentes nos trechos dos discursos, separando-os e os reagrupando por eixos temáticos. Os diversos discursos e ideias foram reorganizados em quatro grandes eixos: *Autonomia*, *Gestão*, *Fragmentação do Cuidado* e *Processo de Trabalho em Saúde*.

Para deixar mais claro o processo que seguimos, tomemos como exemplo um dos eixos temáticos. Por exemplo, os *núcleos argumentativos* percepções dos sujeitos do desenvolvimento de sua autonomia no nível individual, os encontros produzindo a percepção de coletivos que também possuem um certo grau de autonomia, e a relação entre cada sujeito e o coletivo produzindo e reproduzindo subjetividades, deram origem ao eixo temático *Autonomia*, e esse processo se repetiu para os outros eixos temáticos.

A partir da reorganização dos discursos dos grupos focais separados por eixos temáticos, foram elaboradas pelo autor desta pesquisa as narrativas, iniciando a terceira etapa do processo de análise dos dados.

De acordo com Onocko Campos e Furtado (2008), as narrativas constituem-se em mediadores “entre a experiência viva e o discurso”, e buscam explicar e compreender a articulação entre a linguagem, a experiência e a ação, compondo um enredo sobre os fatos. Ao elaborar essa representação da ação, o narrador estaria agenciando esses fatos, estabelecendo nexos entre eles e como se passaram, mas deixando claro que a narrativa se refere aos fatos, não às pessoas que os relatam (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008).

Seriam, as narrativas, uma ação em si, com intencionalidade do narrador, que dá mais ênfase a um ou outro aspecto. O que se busca na narrativa é sua coerência para, dessa forma, compreender a universalidade dos fatos narrados, explicitando a referida função mediadora. Além disso,

(...) a narrativa abre-se à interpretação ao mesmo tempo em que estabelece condições para sua circulação, recepção e produção. Assim, articula relações de poder, políticas, identitárias, do contexto, percebidas tanto diacrônica quanto sincronicamente, o que denota a complexa relação das narrativas com os discursos sociais. Na relação entre texto, narrativa e discurso poderiam ser vistas as condições para inserção e circulação dos dizeres sociais, das ideologias e das realidades da vida cotidiana (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008).

Estes autores também nos trazem uma outra perspectiva, mas complementar, de que as narrativas são reveladoras da dicotomia entre o discurso e a ação, mostrando-se bastante úteis para as pesquisas qualitativas em saúde coletiva para a legitimação das práticas pelo discurso nos equipamentos de saúde (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2008).

Assim, a terceira etapa constituiu-se na construção propriamente dita das narrativas para cada eixo temático, em que procuramos aproximar as ideias presentes em cada eixo temático, de cada um dos três grupos focais, e reescrevê-las como se fossem um discurso único quando havia consenso, mas dando destaque também para as falas que fugiam a este consenso, procurando contemplar ao máximo a variedade e complexidade de opiniões e compreensões que surgiram nos grupos. Obtivemos ao final dessa etapa uma narrativa para cada eixo, contendo em si elementos convergentes e divergentes dos três grupos focais.

E, finalmente, na quarta etapa, os resultados encontrados nos grupos focais foram interpretados à luz do referencial teórico e do cotejamento com a revisão bibliográfica realizada. Com isso, as narrativas e as discussões conseguintes procuraram dialogar com as *histórias vividas* no cotidiano pelos sujeitos pesquisados, ou seja, as interpretações das experiências concretas dos apoiadores matriciais e dos apoiados participantes do curso de especialização.

A análise do material produzido utilizou a triangulação de métodos, na medida em que esta procura combinar, articular e interpretar os dados obtidos através de múltiplas técnicas; considerar diversos pontos de vista, sejam dos vários participantes, sejam dos pesquisadores que estejam envolvidos em distintos momentos e de distintas formas, conforme Minayo (2005). Não se configura como um método propriamente, mas sim, como uma “estratégia de pesquisa” que julgamos

atender aos objetivos desta pesquisa, visto que possibilita um olhar mais ampliado sobre o complexo problema de pesquisa (MINAYO, SOUZA, *et al.*, 2005, p. 71).

No caso do presente estudo, a triangulação de dados permitiu o aprofundamento e a articulação das informações geradas por meio de diferentes instrumentos de coleta de dados, como o questionário e os grupos focais, propiciando uma melhor compreensão do objeto em análise.

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos correspondem a três grupos focais realizados com alunos do Curso de Especialização em Apoio Matricial, iniciado em maio de 2014 e finalizado em outubro de 2015, no Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP.

Conforme explicitado no capítulo 3 - Procedimentos Metodológicos, os dados obtidos foram coletados pelos mesmos instrumentos utilizados por um grupo de pesquisadores do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia – FCM/UNICAMP, vinculados a diversas pesquisas em andamento, tendo como mesmo tema principal o Apoio Paideia. A construção dos instrumentos deu-se de forma coletiva, procurando contemplar as necessidades das várias pesquisas vinculadas. Do imenso banco de dados obtidos, selecionamos para este estudo os temas mais relacionados aos nossos objetivos, isto é, o apoio matricial, alienação e a coprodução de autonomia dos trabalhadores de saúde.

Os grupos foram realizados em outubro de 2014, e produziram dados quantitativos que caracterizam seus participantes, e dados qualitativos, na forma de narrativas neste estudo. Os grupos foram gravados e transcritos e, após leituras e releituras das transcrições, foram selecionados trechos dos discursos dos participantes, considerados unidades argumentativas, que constituíram a base para a definição das categorias de análise que, por sua vez, foram reescritas na forma de narrativas. São estas narrativas, efetivamente, os resultados que serão analisados neste trabalho.

4.1. Caracterização dos Participantes

Os participantes deste estudo foram os trabalhadores da rede de saúde pública de Campinas que estavam matriculados como alunos do Curso de Especialização em Apoio Matricial. Dos 74 alunos inscritos no curso, todos foram convidados a participar dos grupos focais, e 53 aceitaram o convite. Foram realizados três grupos focais, com média de participação de dezessete pessoas por grupo.

É importante destacar que, para os fins deste trabalho, os participantes não são a totalidade da rede de apoiadores matriciais de Campinas, sendo apenas aqueles que realizaram sua inscrição no curso e que conseguiram efetivamente participar dos grupos focais. Esta distinção se faz necessária para que se evidenciem

os limites deste estudo, trazendo para a análise os resultados obtidos com uma parcela dos apoiadores matriciais, mas que não invalida os resultados, visto que o objetivo e a metodologia escolhida privilegiam os elementos comuns às narrativas dos participantes, reconhecendo e analisando também suas contradições, com o intuito de encontrar a universalidade dos discursos. Dessa forma, consideramos que obtivemos elementos para análise que nos permitem afirmar que os modos de realizar e compreender o matriciamento em Campinas podem ser identificados como os mais frequentes para o universo dos apoiadores matriciais do município.

Podemos dizer que a maior parte dos alunos inscritos (71,62%) demonstrou interesse em participar dos grupos focais, o que é um indicativo importante de sua disposição para contribuir para a produção de conhecimento, e também de seu interesse em produzir benefícios diretos e indiretos para seu próprio trabalho.

Havia predominância absoluta de mulheres, que contavam 47 participantes (88,67%), enquanto apenas seis homens participaram dos grupos. Esse dado era esperado, reafirmando o que se observa empiricamente no cotidiano dos serviços de saúde, em que há maior número de mulheres, de forma geral, nas profissões da saúde.

Quanto às categorias profissionais, encontramos referência a dez profissões distintas, conforme o Gráfico 1.



Gráfico 1: Distribuição dos participantes, por categorias profissionais.

Encontramos uma distribuição relativamente equilibrada entre enfermagem, terapia ocupacional, psicologia e medicina, o que era esperado, visto serem profissões bastante frequentes nas unidades de saúde de Campinas. Entretanto, a presença de enfermagem e medicina nos grupos focais, e consequentemente no curso de apoio matricial, revela que estes profissionais estão se apropriando mais da ferramenta do apoio matricial como recurso para seu trabalho, bem como sua liberação para o curso indica investimento da gestão nesses profissionais.

Um destaque merece ser dado à farmácia, como profissão que aparece de forma significativa, equiparando-se à psicologia, por exemplo. São profissionais incorporados recentemente ao quadro de recursos humanos da Secretaria de Saúde de Campinas e, em sua maioria, alocados no Laboratório Municipal, sugerindo mudanças no processo de trabalho desta unidade de saúde.

Fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição e bioquímica, juntas, correspondiam a aproximadamente 11% do total de participantes, refletindo o quanto ainda são profissões pouco frequentes no quadro geral de trabalhadores da saúde em Campinas. E, finalmente, quanto à assistência social, apesar de o número de participantes nos grupos focais ter sido comparável aos das profissões mais prevalentes, cabe ressaltar que todos os assistentes sociais inscritos no curso participaram dos grupos focais, o que revela o quanto esta profissão ainda é pouco comum em relação ao total de alunos inscritos no curso. Fazendo um comparativo, do total de alunos do curso, a assistência social respondeu por 8,10%.

No que diz respeito ao local de trabalho dos participantes, observamos que a maior parte está alocada em unidades da atenção básica (Centros de Saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família), e nos Centros de Atenção Psicossocial, totalizando 29 participantes (54,71%), como pode ser visto no Gráfico 2. A escolha por esse recorte deu-se porque parte dos profissionais da atenção básica estão ligados à Saúde Mental, como os psicólogos e terapeutas ocupacionais do Centros de Saúde.

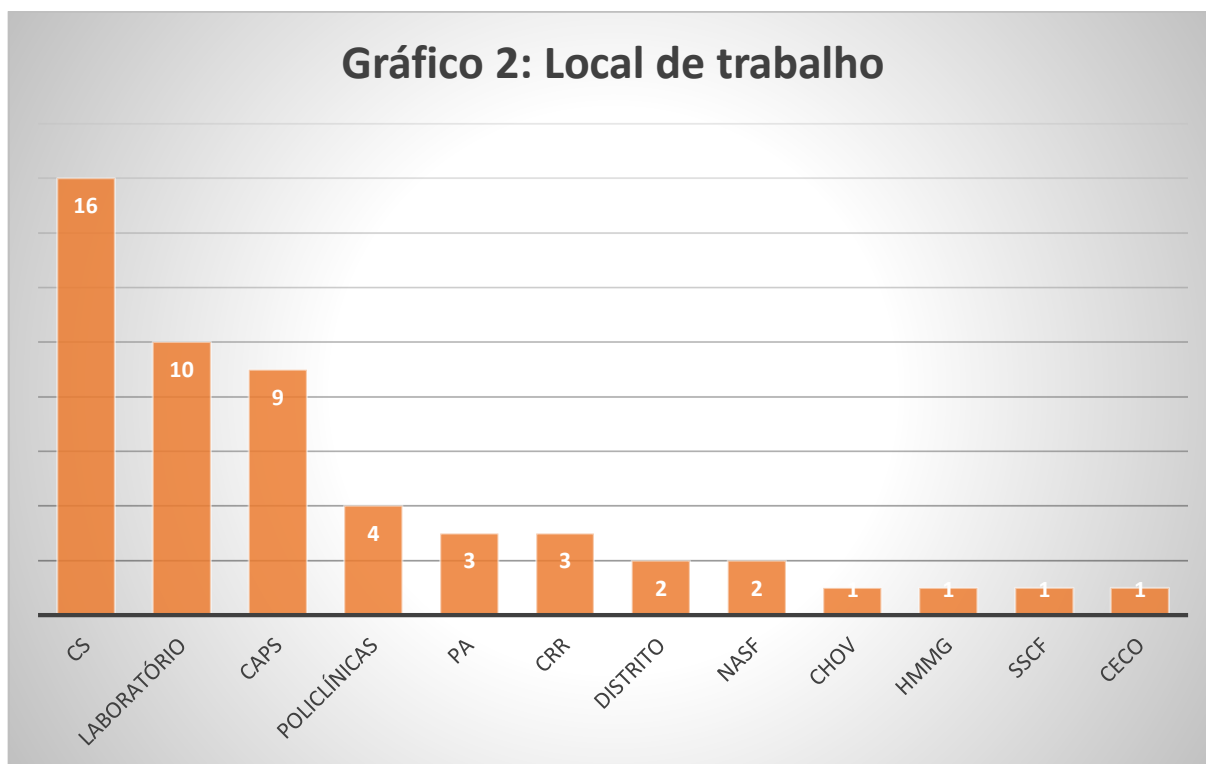


Gráfico 2: Distribuição dos participantes, por local de trabalho.

Esse resultado indica que o maior investimento para o apoio matricial se dá a partir dos profissionais da atenção básica e da saúde mental. Historicamente, a organização do apoio matricial em Campinas se deu justamente pelos profissionais das equipes de saúde mental dos CS e dos CAPS, mantendo-se assim até este momento.

Entretanto, percebermos o Laboratório e o Complexo Hospitalar Ouro Verde como instituições que incentivaram seus profissionais a participarem do curso, demonstrando um interesse em investir na qualificação dos trabalhadores em metodologias ativas, de colaboração interprofissional, pautado num trabalho em equipes, ampliando os espaços deliberativos e de cogestão. A participação de profissionais dessas instituições no curso de apoio matricial constitui uma novidade para o presente estudo, tendo em vista que tradicionalmente o apoio matricial em Campinas esteve relacionado à saúde mental. Portanto, expandir o escopo do apoio matricial para outros núcleos de saberes e práticas significa não apenas ampliar as possibilidades de trocas e intercâmbios entre os trabalhadores do SUS, mas principalmente ampliar a corresponsabilização pelo cuidado ao usuário em todos e quaisquer pontos da rede de atenção à saúde municipal.

Segundo a tabela 1, temos que os participantes dos grupos focais em maior

número eram oriundos do Distrito Sudoeste, seguido pelo Distrito Sul, Distrito Leste, Distrito Noroeste e Distrito Norte, respectivamente. Em relação ao total de alunos do curso, essa distribuição se repete, com uma pequena variação, em que o Distrito Leste aparece como segundo maior encaminhador, seguido pelo Distrito Sul. Ou seja, os trabalhadores do Distrito Sul manifestaram menor interesse em participar dos grupos focais.

Tabela 1							
<i>Distrito</i>	<i>UBS</i>		<i>CAPS (Inclui CECO e SSCF)</i>	<i>NASF</i>	<i>Outras Unidades</i>	<i>Laboratório Municipal</i>	<i>Total</i>
	<i>Saúde Mental</i>	<i>Outros profissionais</i>					
<i>Sudoeste</i>	1	4	3	2	1	10	21
<i>Noroeste</i>	2	2	3	-	1	-	8
<i>Leste</i>	3	0	1	-	5	-	9
<i>Sul</i>	0	1	4	-	6	-	11
<i>Norte</i>	1	2	0	-	1	-	4
<i>Total</i>	7	9	11	2	14	10	53

Tabela 1: Participantes por tipo de unidade de saúde, por Distrito de Saúde.

Dos participantes dos grupos focais, cinquenta eram trabalhadores alocados em serviços assistenciais, e três trabalhadores ocupavam cargos de gestão nos grupos focais, demonstrando que o investimento no apoio matricial está fortemente concentrado nos espaços de cuidado direto à saúde. Outra possibilidade de interpretação desse dado é que, concomitante ao curso de apoio matricial, também ocorria o curso de Apoio Institucional, o que, provavelmente influenciou na baixa procura de profissionais que ocupam cargos de apoio institucional nos Distritos de Saúde.

Um achado interessante foi que 26 alunos (35%) identificaram o Distrito a que pertencem de formas inusitadas, identificando-o como a instituição em que trabalham, ou a região geográfica da cidade. Onze pessoas apontaram o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF) como um distrito, oito o fizeram com o CHOV (Complexo Hospitalar Outro Verde), três pessoas do Centro de Referência em Reabilitação (CRR) referiram “Central”, três registraram o Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti” (HMMG), e um apontou a Unicamp. Apesar de esta discussão não estar

no escopo deste estudo, achamos importante fazer esse destaque para refletirmos a respeito dos possíveis sentidos dessas respostas. Levantamos a hipótese de que esse achado pode revelar um desconhecimento do que signifique Distrito de Saúde, e, portanto, do processo histórico da organização do SUS no município que definiu a unidade distrital como entidade administrativa responsável pelos serviços de saúde de seu território. Ou também, como no caso do SSCF, em que este parece adquirir, aos olhos de seus trabalhadores, um status de maior relevância que a Secretaria de Saúde ou o próprio SUS. Entretanto, o conjunto de dados coletados nessa investigação não permite afirmar que tal hipótese seria confirmada ou refutada. Para cômputo dos dados relativos aos Distritos, essas informações foram corrigidas no ato da análise, e SSCF, HMMG e CRR foram registrados como “Distrito Leste”, e CHOV como “Distrito Sudoeste”, sendo estes os Distritos onde estão localizados geográfica e administrativamente.

4.2. Narrativas

4.2.1. Eixo temático “Autonomia”

O jeito como começamos a fazer o apoio matricial em Campinas não tinha um método a priori, e aprendemos fazendo, de acordo com o entendimento de cada um, e reconhecendo que cada território tinha características distintas e demandas específicas. O que fizemos, então, foi discutir os casos com as equipes de cada local para pensar quais ações eram mais adequadas para cada território e para os seus usuários. Além disso, entendíamos que precisávamos fazer uma ponte entre as equipes e as especialidades.

Percebemos o apoio matricial, hoje em dia, como dependente de nossas disponibilidades individuais para acontecer, principalmente no que diz respeito a reservar horários em nossas agendas para realizar o apoio junto às equipes que matriciamos. Se nós não insistirmos e não administrarmos nós mesmos nossas agendas, elas serão tomadas pelos atendimentos em nossas especialidades. Essas agendas não permitem tempo para um trabalho mais integrado, em rede. Apesar de as agendas de atendimento serem um obstáculo, achamos que as pessoas têm que querer, se interessar, e aí elas dão um jeito de fazer acontecer, e que depender da liberação da agenda para fazer o matriciamento é uma distorção da proposta do apoio matricial. Os espaços de troca, de conversa entre os profissionais, dependem de

esforços nossos e dos profissionais matriciados para se constituírem. Aachamos que a política que sustenta o matriciamento valoriza os esforços e desejos individuais para conseguir seu espaço nos locais de trabalho e para dar certo.

Percebemos que nossa autonomia para desenvolver o trabalho junto às equipes fica comprometida quando a gestão assume o papel de determinar o que será realizado, de forma unilateral. Entendemos e fazemos o apoio matricial construindo coletivamente as ações, num fazer junto com as equipes e numa relação de confiança. Percebemos que os profissionais das equipes que matriciamos querem saber, querem participar. Quando nos encontramos com as equipes para o matriciamento, nossas percepções sobre os problemas também são afetadas no contato com as outras formas de ver e compreender os mesmos problemas ou situações dos outros profissionais. Assim, temos percebido que é possível ampliar as possibilidades para o enfrentamento desses problemas, no cotidiano. Para nós, o matriciamento é construir junto conhecimento e soluções para os problemas, é ensinar e aprender. Diferente das capacitações relativas a temas específicos, o apoio matricial é percebido por nós como mais interessante porque nos permite maior liberdade para compor o trabalho.

Vemos que ainda há encaminhamentos externos que são difíceis de serem tratados em rede, de forma integrada, quando envolvem outras políticas, mas o que é do nosso núcleo é mais fácil de resolver. No nosso cotidiano, vemos que ainda está presente a concepção de saúde-doença como elementos separados. Por isso, achamos que quando há entrosamento entre os diversos serviços que compõem a rede, isso facilita a proposição de ações que invistam mais nas necessidades dos sujeitos (usuários), flexibilizando as normas, e indo além do que está estabelecido para cada profissional, misturando fazeres, avançando mais nas ações de campo.

Isso compromete nossa autonomia no trabalho, e achamos que isso se reflete em dificuldade para o desenvolvimento da autonomia do usuário, tornando-o incapaz de reconhecer suas próprias necessidades e o percebemos mais dependente do serviço de saúde. Essa autonomia do usuário, como elemento integrante do processo de cuidado e também responsável por si, é um dos objetivos do nosso trabalho.

Alguns de nós percebemos que é mais fácil construir ações quando compartilhamos os problemas e pensamos juntos as saídas com a equipe. Isso é possível quando participamos frequentemente do cotidiano dessa equipe. Naquelas em que vamos eventualmente, para uma discussão específica de núcleo, percebemos

que primeiro temos que garantir para estas equipes que não somos intrusos ou interventores.

Percebemos também que os trabalhadores das equipes matriciadas também procuram o apoio por iniciativa própria. Um de nós relatou um projeto de apoio matricial que foi construído a partir das necessidades técnicas dos pediatras de uma determinada unidade, na expectativa de qualificar sua assistência.

Temos visto que as discussões de caso no matriciamento geralmente produzem soluções a partir das condições da própria equipe matriciada, nem sempre envolvendo uma ação direta nossa, e reconhecemos a potência do PSF para lidar com os problemas.

Percebemos que compreender o processo saúde-doença como parte de um contexto, reconhecendo a integralidade e a subjetividade dos usuários ainda é uma dificuldade para os profissionais. Sua formação em determinada área não deveria impedi-lo de reconhecer outras que não conheça tão profundamente. Para nós, o processo saúde-doença não é focado na doença, mas sim devemos focar na pessoa e nas múltiplas causas do problema de saúde dela.

Vemos que um determinado problema de saúde que atinge o sujeito o afeta temporariamente de alguma maneira, mas não precisa atingi-lo em todas as suas possibilidades, e que precisaremos nos dedicar a entender com ele as circunstâncias que favorecem o surgimento de problemas, e quais favorecem sua solução. E também devemos construir com ele quais os cuidados que deverão ser tomados para preservar sua vida como um todo, inserindo-o no seu projeto terapêutico. Independentemente da idade, vemos como um cuidado necessário de nossa parte tentar compreender como esse sujeito e sua família vivenciam e lidam com seus problemas. Se a gente não olhar para isso dessa forma, não faz sentido o PTS!

Nos perguntamos se alguns profissionais compreendem qual a função da sua profissão, se conseguem se colocar no lugar do outro. Não sabemos se conseguem perceber, ou sequer problematizar, que além das suas ações de núcleo, que fazem de forma restrita muitas vezes, a atuação profissional envolve ações como sensibilizar-se por como o outro está recebendo seus cuidados profissionais. Acreditamos que esses profissionais nunca pararam para pensar nisso, e mesmo que a formação não favoreça essa crítica, também não omite que há problemas que aquela formação específica não dá conta. Nesse sentido, pensamos que pode ter a ver com posturas pessoais de evitar o questionamento sobre os limites de seu saber

e fazer, e que isso se reflete em atitudes que consideramos negligentes com um cuidado integral. Temos visto que no matriciamento conseguimos problematizar um pouco essas questões a partir dos casos e de propostas que envolvam solicitar ajuda de outros núcleos de saber. Pensamos que essa postura de descompromisso está relacionada não somente ao outro, mas com ele próprio.

4.2.2. Eixo temático “Gestão”

Nós percebemos que o apoio matricial em Campinas depende muito da gestão local para acontecer. É este gestor que assume a autoridade para permitir condições para o apoio matricial, acima da vontade dos profissionais. Um exemplo disso, é que é possível rearranjar os horários nas agendas para realizar o apoio, mesmo que haja uma grande demanda de serviço no seu local de trabalho, se há apoio da gestão local. Para isso ele precisa estar em sintonia com a diretriz e com a equipe. É decisivo estarmos próximos a ele! Também o percebemos como um articulador entre o que nós pretendemos como apoiadores matriciais e o que a equipe espera do apoio. Além disso, para alguns de nós que temos um contato menor com as equipes, é o coordenador quem nos dá o retorno do trabalho realizado. Por isso, achamos que é preciso que o coordenador compreenda que o apoio matricial também é trabalho. Isso dá um incentivo. Parece que muitos deles só veem como trabalho os atendimentos e, se você não está atendendo porque foi matricular, parece que não está trabalhando. Um outro facilitador, na opinião de alguns de nós, é a presença do apoiador institucional nas reuniões, porque facilita o diálogo entre o matriciador e as equipes.

Percebemos que nas unidades que visitamos e que há apoio do coordenador, as experiências de matriciamento foram mais tranquilas e fomos mais bem recebidos, ao contrário daquelas em que a coordenação não estava presente. Achamos que é necessário um compromisso de gestão assumido entre os coordenadores das duas equipes, a que dará o apoio matricial e a que receberá, para a implantação do apoio matricial. Alguns de nós lembram que antes havia uma negociação, um pacto entre os diversos níveis de gestão para possibilitar que o matriciamento acontecesse. No caso do NASF, mais recentemente, houve novamente essa discussão para estabelecer critérios para definir quais unidades receberiam seu apoio, visto ser uma única equipe, para tentar enquadrar às diretrizes do Ministério da Saúde.

Em alguns centros de saúde em que temos construído o matriciamento a partir dos contatos individuais, percebemos que está acontecendo uma reorganização interna para funcionar na lógica do PSF, e achamos que este é um ótimo momento para incluir o apoio matricial nessa reorganização.

No que diz respeito à saúde mental, percebemos que os gestores estão falando mais disso, tendo mais escuta, e parece que têm considerado o matriciamento em saúde mental como parte do processo de trabalho.

Muitas vezes percebemos que questões como problemas das equipes, ou a organização dos processos de trabalho daquela unidade, surgiam no matriciamento demandando uma conversa, e suplantando as questões técnicas que íamos discutir. Nós entendemos que são questões mais relativas à gestão local, não próprias do apoio matricial, e por isso levávamos para uma nova discussão no Distrito, para refazer o pacto.

Alguns de nós compomos uma equipe muito pequena e específica, mas que é referência para a cidade inteira, e temos que organizar o matriciamento a partir dos Distritos de Saúde. São geralmente os gestores ou alguns profissionais que acham importante e que discutem ou qualificam os casos com a gente, mas a equipe que de fato faz o cuidado não participa das reuniões.

Achamos que atualmente o governo municipal tem se omitido quanto a apoiar o matriciamento, mostrando pouca clareza quanto às diretrizes, e parece que fica tudo um pouco solto. Talvez isso tenha a ver com as frequentes mudanças de governo e na gestão da saúde, recentemente.

Um dos problemas que percebemos é o déficit de RH, e já tivemos que realizar discussões com os Distritos para não assumirmos o papel de acolhedores de demandas para atendimento por falta de RH nas unidades, como estava posto para nós por alguns gestores.

4.2.3. Eixo temático “Fragmentação do Cuidado”

Aqui em Campinas, nós temos a sensação de que há um distanciamento entre os profissionais, percebido principalmente nos encaminhamentos realizados sem discussão prévia do caso e, muitas vezes, feito de forma incompleta e sem informações por quem está encaminhando, geralmente médicos. Ainda em relação aos encaminhamentos, percebemos que nas situações mais graves parece que os profissionais se desesperam e encaminham porque acham que não vão dar conta.

Mas também não se comunicam com o serviço que vai receber o paciente, e ainda exigem que o acolhimento seja imediato. Um de nós contou que há casos de bastante complexidade e vulnerabilidade, e que solicita frequentemente uma discussão mais ampliada para o acompanhamento integral desses casos, mas nem sempre consegue, e vê a situação dos sujeitos se repetindo e reproduzindo a vulnerabilidade.

Um de nós afirmou que, quando é necessário encaminhar um paciente, se a papelada de encaminhamento for mal preenchida, fica com dúvidas sobre como aquele usuário chegará ao serviço de especialidade, pois não estará junto com o paciente neste momento. Outro de nós, afirmou que é preciso ter algum profissional de referência acompanhando os passos dos usuários do CAPS nas outras unidades, para que consiga compartilhar nos diversos serviços de saúde que o usuário circular quais as intervenções realizadas.

Um outro problema que vemos é que, para algumas especialidades, o acesso é fácil, e os pacientes são encaminhados e consultados, mas no retorno à unidade de origem muitas vezes não há guia de contrarreferência, e as informações da consulta realizada tem de ser passadas pelo próprio paciente.

Quando se faz o encaminhamento para o CAPS ad, por exemplo, muitos médicos não se preocupam em detalhar a história, ou contar da forma como o usuário chegou à sua consulta, resumindo suas informações a uma ou duas palavras, o diagnóstico e o nome do equipamento para onde está encaminhando, ou até mesmo somente o nome da unidade. Isso faz com que o serviço que o está acolhendo desconsidere todas as ações anteriores, e recomece o atendimento àquela pessoa do ponto zero.

Alguns de nós não achamos que nossas participações pontuais em determinados espaços seja matriciamento, porque não participamos de reuniões de equipe sistematicamente, e vemos que nossa ação está mais restrita a encaminhar, referenciando as pessoas para outros atendimentos ou outras unidades. Reconhecemos que a maior demanda está relacionada a questões sociais, e isso faz com que os usuários sempre retornem aos serviços. E, especificamente em relação aos CAPS, não percebemos resolutividade na assistência a essas questões.

Outros de nós, constatamos que não é possível um contato mais próximo com as equipes, e nos sentimos em defasagem. Alguns gestores não esperam que o nosso matriciamento vá além de garantir consultas para os pacientes que já estão encaminhados e aguardando vaga, e não querem discutir ou qualificar os casos.

Nossa relação com as equipes resume-se a discutir com um profissional que represente a equipe, ou o próprio gestor da unidade.

Já para outros de nós, percebemos que nosso matriciamento, quando era algum tipo de capacitação, não era considerado prioridade diante de situações pontuais e graves, tais como a demissão de funcionários do Cândido ou a epidemia de dengue. Mas, apesar de sempre conseguirmos manter as discussões de casos, não conseguíamos ir às equipes para pensar outras propostas.

Não sabemos explicar quais as razões que levam a esse distanciamento, a esse não compartilhamento entre os serviços. Uma das consequências que vemos é a descontinuidade do cuidado na ausência de determinado profissional. Mas, também temos percebido que nossa participação sistemática nas reuniões diminuiu um pouco esse afastamento, bem como as solicitações realizadas somente para encaminhar para a especialidade. Um de nós também percebeu mudanças no seu modo de ver os casos no contato com a equipe do CS, referindo ter ampliado sua compreensão dos casos e aprendido também.

Achamos que há necessidade de os serviços se conhecerem, isto é, qual a situação atual de cada equipamento, o seu modo de funcionar, para que as regras sejam flexibilizadas e se possa trabalhar de forma mais colaborativa entre as diversas unidades da rede. Isso significa que é possível romper com o que é estabelecido a priori para cada profissional ou equipamento.

A saúde mental parece ser mais carregada de estigma, pois um de nós contou-nos que numa unidade há referência a um certo “livro preto da mental”, mas que nunca chegou a ter contato com este livro. Notamos que, quando é para se assumir o cuidado em casos de transtorno psíquico, é mais difícil a equipe como um todo assumir a responsabilidade do cuidado, e é mais fácil que um profissional sozinho se habilite. Um de nós, inclusive, acha que o matriciamento da saúde mental é resolver pela equipe. Percebemos que, quando o sujeito tem um diagnóstico relacionado à saúde mental, a tendência é transferir todo o cuidado para o CAPS, inclusive das necessidades clínicas da pessoa. Acreditamos que é preciso dividir as responsabilidades, visto que nenhum profissional ou serviço dará conta de atender a todas as necessidades isoladamente.

Há entre nós uma percepção de que o olhar da maioria dos profissionais, inclusive nosso, para as pessoas é segmentado, e não conseguimos enxergar o sujeito em sua integralidade. Acreditamos que isto justificaria a dificuldade no

compartilhamento do cuidado. Sabemos que a compreensão de saúde-doença considerando a integralidade e a subjetividade ainda é um desafio, e que pode ter relação com a formação dos profissionais de saúde, que é insuficiente para resolver os problemas.

Achamos que não somente a formação, mas também aspectos sociais enraizados determinam que a gente olhe somente para a doença, e entenda o processo saúde-doença simplesmente como contrair doenças. E ainda, percebemos que há uma utilização desse discurso da formação que fragmenta para justificar aspectos individuais que fazem com que não se tenha empatia pelo outro. Se conseguíssemos considerar a integralidade, achamos que a consequência seria a produção de melhores atendimentos e melhores respostas dos pacientes aos tratamentos.

Um de nós afirmou que assume duas funções distintas, definidas a partir da gestão do Distrito, ora a de ser apoiador matricial em uma unidade, ora ser referência para todas as unidades do Distrito sobre as questões relativas ao seu núcleo profissional.

Nos CAPS é comum os casos chegarem via Ministério Público, de forma judicializada, sem que saibamos do que se trata. Outra forma como percebemos como os CAPS são vistos pela rede é quando falta o psiquiatra do CS, e o CAPS é acionado para suprir essa falta, como um quebra-galho. Nesse momento, o CAPS tem acesso a pacientes muito graves que não tinha conhecimento.

Um de nós referiu algumas dificuldades específicas com os médicos, pois percebeu que alguns não participam das reuniões de equipe e tem um modo próprio de trabalhar que não inclui a equipe como um todo. Além disso, nós percebemos que os médicos ficam mais à vontade quando o matriciador é um outro médico, por exemplo um psiquiatra.

Um de nós percebeu haver uma dificuldade com outros equipamentos da rede, pois se sentia mal avaliado pelos profissionais em relação ao atendimento prestado por ele antes de encaminhar. Era como se seu papel tivesse se encerrado no momento do encaminhamento.

Para alguns de nós, é impossível pensar que o sujeito que demanda cuidado em saúde mental é de nossa exclusiva competência, pois sempre apresenta múltiplas necessidades quando chega, e sempre precisa das intervenções de outros profissionais. Percebemos que o sujeito está imerso numa rede de políticas públicas,

e compreendemos que cada um é parte de um coletivo. Para nós, isso facilita a proposição de ações para trabalhar com os sujeitos. Mas também achamos difícil realizar ações intersetoriais.

Porém, um de nós contou sobre sua dificuldade para compreender o cuidado compartilhado, expressão percebida por ele como originária do campo da saúde mental, porque há momentos em que o sujeito precisa ser atendido num lugar, e noutros momentos em outros lugares. Revelou uma necessidade de distinguir para si qual parte será atendida onde. Já outro de nós percebe, como uma dificuldade, que as equipes esperam dele ações de um especialista e não de matriciador, e tem a sensação de que não vai dar conta de se relacionar com a equipe.

Nós acreditamos que uma de nossas funções no matriciamento é a de preparar as equipes para enxergar a importância do trabalho em rede e do cuidado, esclarecendo fluxos a partir de casos sentinela. E também, o matriciamento ajuda a dividir as responsabilidades, no sentido de definir qual a responsabilidade de cada um, e de verificar o que é que dá para fazer junto e o que se deve fazer juntos. Entendemos que só dividindo as responsabilidades é que conseguiremos compartilhar os cuidados que, às vezes, precisa acontecer fora do fluxo protocolar para atender as necessidades singulares daquele sujeito.

Como nós temos a possibilidade de visitar vários locais, essa experiência deve ser compartilhada com os profissionais que matriciamos, nas reuniões de equipe, pois eles não têm a mesma oportunidade de sair do seu local de trabalho.

4.2.4. Eixo temático “Processo de Trabalho”

Alguns de nós, apoiadores matriciais, vemos que o matriciamento muitas vezes foi confundido com capacitação, e percebemos que um problema para o êxito das capacitações propostas foi a falta de vínculo entre os profissionais da atenção básica e os especialistas. Mas, atualmente o processo é diferente, pois nós procuramos estabelecer um vínculo com os profissionais da atenção básica, vendo-os como corresponsáveis pelo trabalho. Percebemos que são, de certa forma, parte da nossa equipe, e nos esforçamos para que eles se identifiquem com a nossa equipe e com nosso trabalho. Daí a capacitação passa a ter um outro sentido, o de criar vínculo e não de apontar os erros.

Nós percebemos que a estratégia de participar sistematicamente das reuniões das equipes e discutir casos clínicos proporcionou o desenvolvimento de

uma relação próxima com os profissionais das equipes matriciadas e assumir projetos em comum. Após um período, conseguimos avaliar como a equipe percebeu a nossa entrada. No início nos viam como intrusos, e éramos percebidos como representantes do Distrito que iam avaliar o trabalho deles. Hoje somos vistos como parte da equipe, e achamos que isso foi conseguido a partir do desenvolvimento de uma relação de confiança.

Outros de nós, também reconhecemos que, conhecer os membros da equipe facilita o contato com eles quando há necessidade, e os profissionais acabam sendo mais receptivos. E concordamos que é preciso pontos de identificação com a equipe para se ter êxito na relação. Quando nós reconhecemos a potência dos membros da equipe matriciada para resolver os problemas, a construção do vínculo foi facilitada. Atualmente, percebemos o matriciamento como tranquilo, e raramente saímos dos encontros com uma demanda para nosso núcleo, pois conseguimos reconhecer com a equipe suas capacidades para assumir a responsabilidade para resolver situações emergenciais.

Percebemos que há uma dimensão pedagógica do matriciamento, a de transformar as questões em objeto de estudo e estímulo à apropriação pela equipe dessas questões, e que devemos sempre buscá-la no matriciamento. Um de nós citou uma experiência de matriciamento que fez com que a equipe se sentisse incomodada o suficiente para despertar seu interesse em querer saber como funciona o matriciamento. O fato de não termos um formato específico para as reuniões, facilita a valorização da construção coletiva a partir da demanda. Um exemplo é a discussão de casos que transitam entre os equipamentos, e assim podemos construir no grupo o PTS com foco nas necessidades de cuidado e quais as ofertas possíveis temos na rede constituída.

Para uma de nós, entretanto, a discussão de caso é a estratégia que menos dá certo, pois matricia várias equipes, e ainda não estabeleceu um vínculo forte entre ela e as equipes. Tem dificuldade para se reconhecer como matriciadora porque é tomada por demandas que exigem dela soluções prontas e rápidas. Outro de nós também tem dificuldade para identificar-se como matriciador por não conseguir participar das reuniões de equipe, e referiu que a organização proposta pela gestão inviabilizava sua participação efetiva nas reuniões e restringia o matriciamento para encaminhamentos burocratizados.

As reuniões das equipes são percebidas por nós como o momento por

excelência do matriciamento, como encontro entre nós e os profissionais matriciados, e vemos que é uma característica do modo de fazer matriciamento em Campinas. Percebemos que nossa participação nas reuniões diminuiu o distanciamento entre nós e a atenção básica, que percebíamos quando éramos acionados somente quando havia uma demanda. Mas ainda percebemos que ainda há um distanciamento entre matriciador e unidades, e precisamos nos aproximar mais e ser mais participativos dentro das unidades, e garantir que estes momentos devam estar sistematizados nas agendas. Um de nós contou que, a partir de um compromisso estabelecido com profissionais de uma determinada unidade de realizarem encontros periódicos, cujos temas dessas conversas eram os problemas que aparecessem, conseguiram construir um projeto de apoio matricial, envolvendo as expectativas dos apoiadores, dos pediatras e os temas problemáticos, e que tinha por objetivo qualificar a assistência daqueles profissionais numa área específica. Por isso, pensamos que o matriciamento não tem um formato pronto, como um curso, mas que o fazemos a partir da demanda e da oferta, sendo a base para manejarmos com as equipes o diagnóstico e o PTS. Porém, um de nós acredita que deveria ser criados protocolos que norteiem as condutas e que sejam baseados na literatura e nas evidências, e não acha que isso “engessaria” o matriciamento.

Nós achamos que esse espaço para discutir sempre existe, mas que somos nós que devemos nos mobilizar pessoalmente para superar as dificuldades das agendas de atendimento, se queremos realmente fazer. Uma solução que propomos é que as agendas deveriam ter uma programação que incluísse o matriciamento, mas com uma certa disponibilidade para situações imprevistas, como uma visita domiciliar inesperada, por exemplo. Percebemos especificamente a saúde mental como constantemente ter que se haver com situações imprevisíveis, e que as agendas muito fechadas dificultam solucionar essas situações. Nesse caso, achamos que os profissionais de saúde mental alocados na atenção básica não deveriam ter agenda de atendimentos, mas seu trabalho deveria ser mais voltado para um trabalho comunitário, de prevenção e promoção de saúde.

Nós vemos que atualmente o matriciamento em saúde mental voltou a ser discutido mais entre os gestores, sendo considerado como parte do processo de trabalho. É uma retomada do que aconteceu há algum tempo atrás, em que os pactos para a implantação do apoio matricial foram realizados entre os matriciadores e os coordenadores das unidades, com a participação de outros níveis de gestão tanto

municipal quanto distrital. Mas os próprios gestores às vezes nos comunicam sua percepção de que tem unidade que dá para fazer apoio matricial e tem unidade que não dá, nos trazendo dúvidas quanto à possibilidade de isso gerar desassistência naquelas em que “não dá para fazer”. Mas, com a maior inserção do matriciamento nos processos de trabalho das unidades, isso tem diminuído.

Um de nós encontrou dificuldades para realizar o apoio matricial numa unidade, pela própria configuração do equipamento e horários dos profissionais. Na ausência de reuniões, tem buscado possibilidades para conseguir conversar com os profissionais, e que estão relacionadas à vontade, ao interesse e à disponibilidade de cada um.

Dentre as dificuldades encontradas para o processo de trabalho do apoio matricial, alguns de nós destacamos a conjuntura atual da saúde pública de Campinas. Recentemente, tivemos a demissão de parte dos trabalhadores vinculados ao Cândido e não há ampliação significativa do quadro de funcionários na saúde, diante de um aumento crescente de pessoas dependentes do SUS e da epidemia de dengue. Assim, algumas propostas de matriciamento não foram priorizadas, e não havia uma possibilidade real de escolha entre atender a porta e limitar horários para o matriciamento. Em alguns lugares, o déficit de RH faz com que, quando um de nós está no matriciamento, outro tem que realizar o seu trabalho e fica sobrecarregado, e nós mesmos não nos referimos ao matriciamento como trabalho.

Diante desse dilema, matriciar ou atender, para um de nós o curso apareceu como uma tentativa de compreender o matriciamento teoricamente. Nós precisamos compreender melhor o que é matriciamento, pois muitas vezes nosso discurso nem sempre corresponde à prática.

Percebemos também que muitos profissionais estão descomprometidos com um olhar mais ampliado para as questões que surgem no cotidiano do trabalho, impedindo-se de tentar outras ações. E sabemos que somos vistos por alguns profissionais como vigias que vão verificar o que está errado e apontar os erros, e já chegaram a nos dizer que fomos lá para atrapalhar. Mas achamos que esses profissionais se comportam de forma arreada porque não querem mudar seu modo de operar. A própria rede nem sempre funciona de maneira integrada e, às vezes, um elemento que não participou da construção de uma ação pode pôr a perder toda a construção da relação de confiança entre o apoiador e a equipe do CS. Podemos dar como exemplo a relação com alguns CAPS, em que alguns de seus profissionais são

percebidos por alguns de nós como insensíveis para a necessidade de se compreender o modo de trabalhar do CS, assumindo uma postura excessivamente crítica, dificultando a relação. Por outro lado, quando os CAPS não respondem às necessidades imediatas das equipes apoiadas, cria-se um imaginário de que o CAPS não tem utilidade e de que não adianta encaminhar para lá, desconstruindo uma possibilidade de rede que levou muito tempo para ser construída no matriciamento.

Uma outra situação difícil que apontamos é a realidade das equipes muito pequenas, que não conseguem estabelecer contato direto com as equipes, mas apenas com os Distritos de Saúde, e com um profissional representando a equipe. Percebemos isso como uma defasagem, pois não é possível, dessa maneira, discutir o caso com toda a equipe que vai cuidar daquele caso. Além disso, muitas vezes é demandado pelos coordenadores dos CS que apenas sejam atendidos os casos das “caixinhas” (encaminhados e aguardando vaga para consulta com especialista), sem discutir ou qualificar cada caso. Outro de nós se sente sobrecarregado por ter que cumprir com as solicitações para apoiar muitos lugares, sendo o único profissional do que já foi uma equipe, mantendo ainda o compromisso de atender em seu núcleo. Como estratégia para garantir alguma qualificação da demanda, alguns de nós mantivemos a discussão e triagem dos casos, além de pensar capacitações de acordo com as demandas dos profissionais que conseguiam participar dos encontros, mesmo acreditando que não dê para chamar essa prática de matriciamento.

Percebemos que a vida das pessoas tem questões tão difíceis, que geram um sistema adoecido, e este, por sua vez, adoce muito as pessoas. Todos nós, profissionais, temos uma sensação de impotência, que é aumentada pela falta de recursos para lidar com esses problemas. Muitas vezes, temos a sensação de que os encaminhamentos são feitos para tentar se livrar do usuário e para transferir o problema para outra equipe, que também sofre pelas mesmas razões. Vemos que as equipes tendem a ficar se lamentando no seu espaço restrito quando os problemas são muito grandes ou difíceis, e daí encaminham para outro equipamento. O que nos motiva para o apoio matricial é a angústia que nos mobiliza para “pensar junto, construir junto e ver o que é possível estar fazendo ali”. Sentimos que vivemos num espaço de tensão por estarmos no limite entre o que acreditamos e lutarmos por isso, o que nos gera satisfação e, por outro lado, vivenciamos a angústia e a insatisfação de não conseguirmos. Sempre entre o resistir e o desistir.

Percebemos que as demandas que surgem atualmente como um desafio

para o matriciamento são decorrência de um trabalho anterior, e hoje é como uma continuidade do que já se fez, como uma engrenagem que repercute distante do ponto onde começou.

5. DISCUSSÃO

O quadro a seguir explicita, de forma esquemática, os quatro eixos temáticos encontrados e sua relação com os núcleos argumentativos que utilizamos para a análise qualitativa do material obtido como resultado desta pesquisa, os quais serão objeto da discussão a seguir.

Eixo Temático	Núcleos Argumentativos
Autonomia	Individual Grupo/Equipe Encontro produzindo autonomia Processo saúde-doença Alienação
Gestão	Coordenadores locais determinam a possibilidade do matriciamento Gestão municipal omissa
Fragmentação do Cuidado	Cuidado fragmentado Compartilhamento para diminuir fragmentação/Constituição de rede Isolamento por núcleo profissional Descontinuidade do cuidado Demandas sociais são mais difíceis, sem solução Sustenta a hierarquia: saber X não saber Integralidade como ideal (meta)
Processo de Trabalho em Saúde	Vínculo como produtor de corresponsabilidade Reuniões como espaços de fazer Fonte de sofrimento para o trabalhador Elemento pedagógico do processo de trabalho

Entendemos que a divisão por eixos temáticos como fizemos deu-se mais por uma necessidade de compreensão didática do material obtido, mas observamos que realizar uma discussão dos eixos em separado poderia correr o risco de se perder a complexidade da relação dinâmica que os eixos estabelecem entre si. Na verdade, as narrativas dos participantes nos grupos focais trazem essa dinâmica de forma pura,

naturalmente. Nosso olhar crítico sobre essas narrativas é que nos mostrou os diversos elementos que as compõem, numa escolha intencional, fazendo o recorte a partir dos objetivos propostos para esta pesquisa.

Portanto, justificamos assim nossa escolha em fazer a discussão reaproximando os eixos temáticos de sua dinâmica e transversalidade entre si, sem, contudo, perder de vista suas características que as singularizam.

5.1. Eixo temático “Autonomia”

Um primeiro resultado a ser destacado a partir da elaboração das narrativas diz respeito ao modo que apoio matricial está organizado no município de Campinas que tende a preservar certo grau de autonomia dos trabalhadores. Os apoiadores matriciais referiram certa liberdade para experimentar formas de realizar o matriciamento, construindo-o de acordo com as realidades e necessidades singulares encontradas nos territórios das diversas unidades. Dessa forma, garantiu-se aos apoiadores matriciais a possibilidade de criar seu trabalho ao mesmo tempo em que o desenvolvia, construindo e se apropriando de uma nova metodologia de organização do trabalho em saúde, que não estava colocada *a priori*.

Segundo os participantes deste estudo, a implantação do apoio matricial em Campinas não seguiu uma estrutura ou orientações que estivessem previamente estabelecidas, como um roteiro ou uma prescrição, mas se constituiu enquanto se fazia, num processo de experimentação e descoberta, e a partir da visão de mundo de cada apoiador, conforme o trecho a seguir:

O jeito como começamos a fazer o apoio matricial em Campinas não tinha um método a priori, e aprendemos fazendo, de acordo com o entendimento de cada um, e reconhecendo que cada território tinha características distintas e demandas específicas.

Em diversos manuais produzidos pelo Ministério da Saúde não está claro se há formas preestabelecidas de se realizar o apoio matricial, mas encontramos referências a um espaço dialógico entre equipes e profissionais, na lógica de uma “proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 13). Espera-se que o matriciamento seja composto por ações criativas e transversais, e que provoquem mudanças nos envolvidos, numa lógica de compartilhamento das

decisões (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; CHIAVERINI, 2011).

Essas definições são fundamentadas na proposta de Campos (1999) para o apoio matricial, em que este arranjo seja utilizado pelos trabalhadores da forma mais livre possível, buscando reunir nas ações desenvolvidas o que é necessário ser feito e elementos de seu interesse pessoal. Sugere algumas atividades para o cuidado, tais como atividades grupais, atividades físicas, até mesmo artísticas, mas não em caráter de definição de um modo de fazer, e sim como possibilidades para os profissionais (CAMPOS, 1999).

Cunha e Campos (2011) afirmam que,

A ampliação de cenários significa um cardápio de atividades, que podem ir desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos. (p. 964)

Segundo Campos (1999), o matriciamento pretende ser uma ferramenta potente para ampliar autonomia dos profissionais, com o objetivo de promover e produzir sujeitos livres e responsáveis, na medida em que possam assumir corresponsabilidade pela assistência prestada e pela gestão e organização do trabalho.

A expressão “*aprendemos fazendo*”, referida na narrativa acima, nos remete à construção da atividade em um processo dialético, em que as possibilidades são produzidas a partir da ação, cujos sentidos são atribuídos a cada momento, como resultado da ação e da percepção de cada trabalhador. Pressupõe também certo grau de auto-organização das equipes que experimentam modos distintos de realizar tarefas e atividades, como o apoio matricial, assim como liberdade para inventar e criar modos singulares de trabalho que respondam às necessidades e demandas locais. Essas características são esperadas na metodologia pois até mesmo Campos faz referência à forma como o apoio matricial se compôs num processo de “recriação” dos trabalhadores que experimentaram outras formas de fazer, apoiando-se em proposições teóricas do autor, como nas experiências de Campinas/SP, no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e num serviço de atendimento domiciliar em Aids, em Betim/MG, num hospital geral, e na reorganização do sistema de atenção básica de

Betim/MG e Paulínia/SP (CAMPOS, 1999).

Por outro lado, contraditoriamente à liberdade para fazer, há dois elementos importantes no *modus operandi* do matriciamento – a diretriz (ou falta dela) no âmbito da gestão e o protagonismo dos trabalhadores e equipes apoiadas. De acordo com os participantes da pesquisa, há uma percepção de uma dependência do empenho pessoal dos apoiadores e trabalhadores apoiados para que o apoio matricial se realize objetivamente, e que é vista como uma fragilidade da forma como se implantou a estratégia em Campinas, como nesta narrativa:

Percebemos o apoio matricial, hoje em dia, como dependente de nossas disponibilidades individuais para acontecer, principalmente no que diz respeito a reservar horários em nossas agendas para realizar o apoio junto às equipes que matriciamos.

Os espaços de troca, de conversa entre os profissionais, dependem de esforços nossos e dos profissionais matriciados para se constituírem.

O marco dessa relação de dependência é a agenda, que precisa estar sob o controle dos apoiadores para que os horários para o apoio matricial sejam garantidos:

Apesar de as agendas de atendimento serem um obstáculo, achamos que as pessoas têm que querer, se interessar, e aí elas dão um jeito de fazer acontecer, e que depender da liberação da agenda para fazer o matriciamento é uma distorção da proposta do apoio matricial.

Se não for dessa forma, os atendimentos nucleares dos matriciadores ocuparão praticamente toda a agenda, o que é visto como incompatível com um trabalho integrado em rede. Lembramos que a maior parte dos apoiadores não integra equipes de NASF em Campinas, mas faz parte de alguma equipe de AB ou de especialidades, e tem que disponibilizar parte de sua jornada para atenção em saúde em seu núcleo profissional. A retirada de autonomia dos apoiadores para gerenciar suas agendas por parte dos gestores não foi explicitada nas narrativas, mas, conforme o estudo de Oliveira (2014), essa prática autoritária tem sido recorrente na relação dos gestores com os trabalhadores da saúde em Campinas.

Entretanto, encontramos também uma narrativa de que esse investimento pessoal do apoiador é valorizado pela política nacional de saúde como criador de

possibilidades para que se constitua o encontro entre os trabalhadores no apoio matricial, na micropolítica do processo de trabalho.

Achamos que a política que sustenta o matriciamento valoriza os esforços e desejos individuais para conseguir seu espaço nos locais de trabalho e para dar certo.

O que fica bastante claro é a ênfase na constituição e preservação de espaços em que o apoio matricial é possível de acontecer, como por exemplo as equipes, os colegiados gestores, as reuniões. No encontro entre os profissionais apoiadores e as equipes, institui-se o espaço coletivo de criação de novos saberes e novas ações, em que cada parte afeta e é afetada pela outra, assim como ao produto final e este às partes (CAMPOS, 2015).

As reuniões das equipes são percebidas por nós como o momento por excelência do matriciamento, como encontro entre nós e os profissionais matriciados, e vemos que é uma característica do modo de fazer matriciamento em Campinas.

Isso nos mostra que a produção e ampliação da autonomia se dá nas relações, coproduzindo-se, visto que a constituição do sujeito e do mundo sempre dependerá do próprio sujeito e das condições externas a ele numa relação dialética, como evidenciado nestas narrativas, em que as ações do matriciamento foram identificadas com a apreensão e transformação da realidade (CAMPOS, 2000; ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012).

Não somente a compreensão dos apoiadores matriciais sobre os significados do apoio matricial, mas também a maneira como o executam, são pautadas pelo princípio do fazer coletivo, e este se sustenta em relações de confiança, nas quais apoiadores e apoiados se permitem afetar uns pelos outros, reconhecendo em si e no outro seus conhecimentos e suas práticas com limites e potências singulares, e se reconfigurando para ambos as visões sobre os problemas e ampliando os olhares sobre as soluções possíveis. Campos (2015), nos diz que a constituição do sujeito se dá na relação permanente entre dois planos, o interno e o externo ao indivíduo, que se interferem e se recriam continuamente.

Segundo Campos, Cunha e Figueiredo (2013), ser capaz de reconhecer e

lidar com esses planos, como redes de interdependência inevitáveis para todos os sujeitos, é o desenvolvimento de autonomia, pois esta não existe em estado puro, absoluto.

Cabe aqui também considerarmos a produção de um saber a partir da experiência, conforme Bondía (2002), que nos fala de um saber que se dá no encontro “entre o conhecimento e a vida humana” (p.26), como um saber distinto do científico e o da informação, sendo mediado pela experiência. Esta seria como uma forma singular e particular de vivenciar os acontecimentos, deixando-se afetar genuinamente por eles, e transformando-se a si mesmo neles, num processo de aprendizagem através do sentido ou do “sem-sentido” que os acontecimentos têm para cada sujeito. Em suas palavras,

o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência” (BONDÍA, 2002, p. 27).

Portanto, a experiência trazida pelos apoiadores matriciais, de se deixar afetar pela experiência do não-saber e se permitir vivenciar as próprias incertezas, parece ter produzido neles uma transformação subjetiva, aproximando-se do objetivo da função apoio, que é a produção de sujeitos livres (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013). Para Camuri e Dimenstein, seria uma premissa do próprio trabalho em saúde, pois este

(...) deve ser passagem para o inédito, para o novo, isto é, ser processo contínuo de gestação do novo como engendramento das diferenças/singularidades absolutas em qualquer realidade. Deveria ainda possibilitar a criação, encaminhando o trabalho para a produção de vida, de cuidados e cidadania, pois é no dia a dia que os trabalhadores e suas práticas são vivenciadas e reproduzidas (CAMURI e DIMENSTEIN, 2010, p. 811).

Podemos estabelecer uma relação entre a experiência dos apoiadores matriciais e o território como o espaço concreto em que acontece a experiência. A narrativa a seguir demonstra a percepção dos territórios pelos apoiadores matriciais como possuidores de características distintas e demandas específicas, de acordo com suas características e de seus habitantes:

(...) e reconhecendo que cada território tinha características distintas e demandas específicas. O que fizemos, então, foi discutir os casos com as equipes de cada local para pensar quais ações eram mais adequadas para cada território e para os seus usuários. Além disso, entendíamos que precisávamos fazer uma ponte entre as equipes e as especialidades.

Perceber-se como ponte entre as equipes de atenção básica e as especialidades nos revela uma percepção de que há um hiato entre esses profissionais/serviços, e que poderia ser diminuído ou superado com uma ação mediadora dos apoiadores matriciais. Colocar-se no lugar de ponte é também permitir-se ser utilizado como um elo de ligação entre saberes e capacidades distintas de enfrentamento dos problemas apresentados como demandas tanto individuais quanto coletivas e territoriais.

Traz também a concepção de um espaço dinâmico, com uma referência geográfica, mas que não se limita a ela, trazendo em si toda a gama de relações que se realizam naquele espaço, o reconfigurando constantemente (SANTOS, 1999).

Ainda, para Camuri e Dimenstein (2010), o território e suas características próprias, singulares, as dinâmicas complexas das vidas que o habitam e que por ele circulam, suas articulações, está indissociavelmente ligado ao trabalho e a vida dos trabalhadores, que serão afetados por esses encontros com o território influenciando “suas práticas cotidianas, mais especificamente nas práticas de cuidado, acolhimento e responsabilização pela demanda” (p. 810).

Autorizamo-nos a aproximar essa percepção dos apoiadores, de que precisam compreender como o sujeito e sua família vivenciam seus problemas, daquilo que Santos (1999) chamou de saber local, referindo-se à produção de conhecimento pelos sujeitos pertencentes a um determinado espaço. Como ele mesmo nos diz,

O sábio local não é aquele que somente sabe sobre o local propriamente dito; tem de saber mais e mais, sobre o mundo, mas tem de respirar o lugar em si para poder produzir o discurso do cotidiano, que é o discurso da política (SANTOS, 1999, p. 21)

Para Santos (1999), a produção de um saber local pelos sábios locais se

dá pelo cotidiano, e seria uma “ponte para a produção de uma política” (p. 21). Ou seja, os apoiadores matriciais estão revelando o seu modo de fazer política junto aos sujeitos que são afetados por suas ações, afetando-se também neste processo.

As estratégias utilizadas de encontros para a discussão de casos com as equipes e de fazer mediações entre os diferentes serviços de saúde, são a melhor ilustração da dinâmica entre o território - com seu saber local -, e os profissionais de saúde apreendendo este território. Revelam-se como uma forma de aproximar-se de como os problemas de saúde daquele território são percebidos pela equipe que vivencia essa dinâmica naquele lugar, pelo discurso desta, e construindo ações que façam sentido para aquela realidade.

Alguns de nós percebemos que é mais fácil construir ações quando compartilhamos os problemas e pensamos juntos as saídas com a equipe. Isso é possível quando participamos frequentemente do cotidiano dessa equipe.

As narrativas evidenciam uma função essencial do matriciamento como a criação de espaços potentes de diálogo entre distintos profissionais, para construir intervenções que ampliem a comunicação e o campo de atuação de todos os profissionais (CAMPOS e DOMITTI, 2007; FIGUEIREDO e ONOCKO CAMPOS, 2009).

As reuniões, como espaço “*por excelência para o matriciamento*”, não são uma realidade em todas as unidades. Um exemplo citado nas narrativas é o de um serviço, cujas características de funcionamento e de demanda não permitem a realização de reuniões sistemáticas. Para contornar essa situação, a solução encontrada foi promover encontros entre o profissional apoiador e aqueles que manifestaram vontade, interesse e disponibilidade para trocar informações e delinear um plano de ação ou terapêutico conjuntamente. Essa situação faz pensar que, para além da dificuldade relatada, há um interesse em construir e manter espaços de diálogo que se espelhem na diretriz do apoio matricial, o que indica a percepção desta unidade como participante de uma rede de cuidado mais ampla, e que suas ações refletem o modo de operar desta rede.

Nesse sentido, encontramos aqui o que é preconizado pelo matriciamento, de se promover a interlocução entre os profissionais para organizar os serviços e processos de trabalho, como uma estratégia para possibilitar que as diversas

situações que chegam às equipes sejam percebidas em suas diferenças, e nas diferentes necessidades que demandam, tornando as especialidades mais próximas das equipes da atenção básica, permeando seu campo de atuação, e favorecendo a corresponsabilização por essas demandas (GOMES, 2006; NASCIMENTO, 2007).

Estes encontros possibilitam a descoberta de potenciais da própria equipe da atenção básica para resolver problemas, sem necessariamente que os apoiadores como especialistas tenham que fazer algo pertinente a seu núcleo de saber, como vemos nas seguintes narrativas:

Temos visto que as discussões de caso no matriciamento geralmente produzem soluções a partir das condições da própria equipe matriciada, nem sempre envolvendo uma ação direta nossa, e reconhecemos a potência do PSF para lidar com os problemas.

Entendemos e fazemos o apoio matricial construindo coletivamente as ações, num fazer junto com as equipes e numa relação de confiança, e percebemos que os profissionais das equipes que matriciamos querem saber, querem participar.

Parece estar evidenciada aqui a função de compartilhamento de saber do Apoio Matricial, não somente no sentido de que os profissionais apreendam conteúdos teóricos próprios do núcleo de saber dos apoiadores especialistas, mas que possam incorporar em suas ações de campo esses saberes, produzindo intervenções (CAMPOS, 2000; CAMPOS e DOMITTI, 2007). Quando os sujeitos estão implicados com o processo de cogestão, da sua interação surgirão propostas de ações para resolver os problemas, ofertadas tanto pelos apoiadores, quanto pelos outros trabalhadores, que não deve perder seu caráter reflexivo, isto é, de voltar seu pensamento também para esse processo de cogestão, analisando sistematicamente sua sustentabilidade e os resultados (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

A ideia de algo em construção, e de se ter liberdade para definir o que e como construir, é um definidor importante dessa relação e do próprio conceito de apoio matricial, contrapondo-se às capacitações formais de temas específicos, como foi apontado pelos apoiadores. Os encontros como potencializadores da autonomia dos trabalhadores também necessitam de frequência e regularidade, segundo os apoiadores, como forma de constituir para os envolvidos uma certa familiaridade e

que se reconheçam como coparticipantes na relação que se institui.

Ou seja, estes espaços coletivos produzidos pelos encontros no apoio matricial revelam sua característica de *transicionalidade*, conforme descrito por Campos, Cunha e Figueiredo (2013), e que operam como intermediários, mediadores entre o mundo interno daqueles coletivos (reuniões) e o mundo externo (problemas de saúde), configurando-se como espaços em que é possível a experimentação de outras formas de fazer, onde se analisa o resultado para obter mais aprendizado. A constituição de uma grupalidade dentro desse espaço coletivo deve ser ação intencional do apoiador matricial, na medida em que se construam possibilidades para que cada membro se identifique com o grupo, e uns com os outros, tendo um objetivo ou projeto em comum como eixo (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

Para que isso aconteça, é preciso a esse espaço coletivo configurar-se concretamente, com a instituição de um tempo e de um lugar que tornem possível o encontro dos profissionais, num determinado intervalo de tempo (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

Alguns de nós percebemos que é mais fácil construir ações quando compartilhamos os problemas e pensamos juntos as saídas com a equipe. Isso é possível quando participamos frequentemente do cotidiano dessa equipe.

Onocko Campos (2007), aponta o estabelecimento de um lugar e um tempo como fundante para o exercício da gestão coletiva, seja para a tomada de decisões ou para a formulação de projetos, e que possa ser principalmente capaz de “processar aquilo que chega a eles, e ter um grau de análise da implicação maior com aquilo que produzem” (p. 124), como fundamentais para a constituição de grupalidade das equipes.

Como exemplo desta afirmação, temos a seguinte narrativa:

Um de nós contou que, a partir de um compromisso estabelecido com profissionais de uma determinada unidade de realizarem encontros periódicos, cujos temas dessas conversas eram os problemas que aparecessem, conseguiram construir um projeto de apoio matricial, envolvendo as expectativas dos apoiadores, dos pediatras e os temas problemáticos, e que tinha por objetivo qualificar a assistência daqueles profissionais numa área específica.

Para alguns apoiadores, participar do cotidiano das equipes e compartilhar seus problemas e pensar junto suas soluções facilita a construção das ações, ao contrário das equipes com as quais se encontram eventualmente, que os imaginam como quem quer assumir o controle sobre suas ações, associando a imagem dos apoiadores à uma gestão autoritária e controladora, como explicitado nos trechos a seguir:

Naquelas em que vamos eventualmente, para uma discussão específica de núcleo, percebemos que primeiro temos que garantir para estas equipes que não somos intrusos ou interventores.

No início nos viam como intrusos, e éramos percebidos como representantes do Distrito que iam avaliar o trabalho deles.

Compreendemos aqui, que os sujeitos estão imersos num meio institucional e, como tal, é um espaço permanente de constituição e produção de subjetividades, envolvendo interesses diversos e disputas no cotidiano. O apoio matricial pode ser um recurso instrumental para o enfrentamento dessa realidade, não no sentido de impedi-la, posto que é inerente à instituição, mas para analisar e possibilitar aos sujeitos a criação de outras formas de convivência, negociando contratos e formando compromissos, sendo estes, sim, provisórios (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

Há muitos desafios a serem enfrentados, como a fragmentação presente quando se envolvem outras políticas, que favorecem a um retorno para o núcleo por ser percebido como de maior controle das ações pelos apoiadores.

Vemos que ainda há encaminhamentos externos que são difíceis de serem tratados em rede, de forma integrada, quando envolvem outras políticas, mas o que é do nosso núcleo é mais fácil de resolver. No nosso cotidiano, vemos que ainda está presente a concepção de saúde-doença como elementos separados.

Tal retorno revela uma contradição pois, apesar do discurso de avanço na construção coletiva de práticas que rompam com um modelo fragmentador, quando surge uma dificuldade que extrapola o âmbito da micropolítica, revela-se que o modelo

biomédico está bastante enraizado na sustentação das práticas, numa concepção de saúde-doença em que o processo de coprodução não é considerado.

Ainda, nas narrativas a seguir, observamos que os apoiadores matriciais percebem sua fragilidade entre o modelo proposto pelo Método Paideia, de cogestão e coconstrução de autonomia, e o modelo biomédico.

Já outro de nós percebe, como uma dificuldade, que as equipes esperam dele ações de um especialista e não de matriciador, e tem a sensação de que não vai dar conta de se relacionar com a equipe.

Há entre nós uma percepção de que o olhar da maioria dos profissionais, inclusive nosso, para as pessoas é segmentado, e não conseguimos enxergar o sujeito em sua integralidade. Acreditamos que isto justificaria a dificuldade no compartilhamento do cuidado. Sabemos que a compreensão de saúde-doença considerando a integralidade e a subjetividade ainda é um desafio, e que pode ter relação com a formação dos profissionais de saúde, que é insuficiente para resolver os problemas.

Achamos que não somente a formação, mas também aspectos sociais enraizados determinam que a gente olhe somente para a doença, e entenda o processo saúde-doença simplesmente como contrair doenças. E ainda, percebemos que há uma utilização desse discurso da formação que fragmenta, para justificar aspectos individuais que fazem com que não se tenha empatia pelo outro. Se conseguíssemos considerar a integralidade, achamos que a consequência seria a produção de melhores atendimentos e melhores respostas dos pacientes aos tratamentos.

Essa percepção impacta negativamente na forma de se realizar o matriciamento, dificultando que realize como preconizado, enfrentando uma disputa intensa entre modelos de atenção. Conforme diversos autores, o modelo biomédico encontra-se ainda fortemente presente no cotidiano e na formação dos profissionais de saúde (CAMPOS, 1999; GOMES, 2006; CAMURI e DIMENSTEIN, 2010; CUNHA e CAMPOS, 2011; CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

Vemos aqui, que os modelos teóricos hegemônicos ganham certa autonomia em relação aos grupos, transformando-se no referencial para análise da realidade de forma acrítica, ou seja, difícil de se refletida pelo modelo, pelas demandas, pelas expectativas e mobilizando a adesão por parte dos sujeitos tanto

conscientemente, quanto por motivações inconscientes (CAMPOS, 2015). O autor nos alerta para “a importância de analisá-los de forma deliberada, zelando pela construção de marcos orientadores da prática, mas sempre tomando um certo distanciamento destes mesmos marcos” (CAMPOS, 2015, p. 219).

Segundo Oliveira e Egry (2000), a medicina incorporou o cientificismo em suas práticas e saberes, a partir das descobertas das doenças infecciosas, valorizando a sua determinação biológica, e abrindo mão de considerar outros aspectos, como os sociais, como relevantes para a determinação das doenças. Isso está relacionado a uma concepção ontológica das doenças, em que a enfermidade é sempre um agente externo ao ser humano, e este é apenas um receptáculo sem nenhuma interferência nesse processo. Em contraposição à esta concepção, há uma outra, dinâmica, em que as doenças são também o resultado de tentativas de reestabelecimento da saúde, e esta é vista como um estado de equilíbrio produzido por ações conscientes e intencionais do ser humano. Ambas estão em disputa constantemente, revelando que a disputa ideológica e teórico-conceitual são determinantes no modo de se compreender o processo saúde-doença.

Atualmente, há um “predomínio do modelo da determinação multicausal, que atribui a gênese da doença a múltiplos fatores interrelacionados em redes de causalidade” (OLIVEIRA e EGRY, 2000, p. 12), mas que, na realidade, não consegue superar o modo de investigação das doenças que é segmentado, reduzindo a compreensão a causas isoladas, tais como “a teoria do germe, a dos estilos de vida, a ecologia ou ambiental e a teoria genética” (OLIVEIRA e EGRY, 2000, p. 13)¹².

Os apoiadores matriciais revelam que sua concepção de saúde-doença está em sintonia com os pressupostos das políticas de saúde, como um processo multideterminado e contextualizado. Sendo um processo, traz consigo a ideia de algo dinâmico, em movimento, que não se encerra. Sendo multideterminado, são várias as causas que concorrem para levar a estados mais ou menos saudáveis. E, finalmente, que essas múltiplas causas, interagindo entre si, coproduzem experiências concretas e subjetivas de saúde e doença para os sujeitos, de acordo com o momento histórico de vida de cada um.

Mas também percebem que esta visão não é unânime entre todos os profissionais de saúde participantes do estudo, e, portanto, não é possível generalizá-

¹² Para maiores detalhes sobre as teorias citadas, ver OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. *A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença*. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

la. Esse fato produz uma espécie de ‘cegueira’, ou desvalor, para outros conhecimentos que não aqueles de seu núcleo de saber e de práticas, como exemplificado pela seguinte narrativa:

Nos perguntamos se alguns profissionais compreendem qual a função da sua profissão, se conseguem se colocar no lugar do outro. Não sabemos se conseguem perceber, ou sequer problematizar, que além das suas ações de núcleo, que fazem de forma restrita muitas vezes, a atuação profissional envolve ações como sensibilizar-se por como o outro está recebendo seus cuidados profissionais. Acreditamos que esses profissionais nunca pararam para pensar nisso, e mesmo que a formação não favoreça essa crítica, também não omite que há problemas que aquela formação específica não dá conta. Nesse sentido, pensamos que pode ter a ver com posturas pessoais de evitar o questionamento sobre os limites de seu saber e fazer, e que isso se reflete em atitudes que consideramos negligentes com um cuidado integral. Temos visto que no matriciamento conseguimos problematizar um pouco essas questões a partir dos casos e de propostas que envolvam solicitar ajuda de outros núcleos de saber. Pensamos que essa postura de descompromisso está relacionada não somente ao outro, mas com ele próprio. Sua formação em determinada área não deveria impedi-lo de reconhecer outras que não conheça tão profundamente.

Encontramos em Cunha e Campos (2011) referência a uma relação hierarquizada entre os profissionais de saúde, fortemente marcada pela assimetria nas relações de poder, o que dificulta o diálogo entre os trabalhadores e, consequentemente o trabalho interdisciplinar. Está diretamente relacionada a formas de organização do trabalho em moldes tayloristas, que “contribui para que os profissionais de saúde reduzam seu objeto de trabalho (e, portanto, sua responsabilidade clínica) a procedimentos, doenças ou partes do corpo (em vez de se responsabilizarem por pessoas de forma global)” (p. 963).

Um exemplo dessa forma de organização é a divisão dos serviços de saúde por profissões ou especialidades médicas, o que “fragmenta o trabalho em saúde, dilui a responsabilidade sanitária e dificulta o vínculo” (CUNHA e CAMPOS, 2011, p. 965), além de aumentar a pressão sobre as unidades corporativas, em detrimento do resultado como equipe para o usuário. Outro efeito seria o fortalecimento de outras grupidades que desvalorizam ou rivalizam com a grupalidade da equipe (CUNHA e CAMPOS, 2011).

O predomínio do método científico também é apontado por estes autores como influente nesse modo de pensar e concluir verdades universais totalmente explicativas, desconsiderando o mundo real em que se produziu. No caso da saúde, a clínica explicativa, imposta pelo saber científico, se sobressai e domina as ações de uma clínica singular que contextualiza a relação para o cuidado em saúde. Além disso, a disputa entre as profissões (e mesmo de especialidades em cada profissão) é estimulada desde os estabelecimentos de ensino, ignorando a óbvia complementariedade das profissões, criando um imaginário de disputa e exclusão (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Em suas palavras,

O profissional tende a desenvolver um desejo de lidar preferencialmente com problemas para os quais o seu núcleo de conhecimento seja, senão suficiente na intervenção terapêutica, pelo menos protagonista. Estabelece-se um tipo de relação com o saber que busca constantemente a definição e afirmação de fronteiras rígidas. Como consequência, as opiniões ou críticas a respeito dos problemas e condutas considerados pertencentes ao núcleo de saber são percebidas como indevidas e/ou invasivas. E, da mesma forma, também há um desinteresse por problemas e condutas considerados do núcleo de outro profissional. Mesmo quando existe uma forte desconfiança de equívoco, inadequação ou insuficiência de diagnóstico ou conduta de outro serviço ou profissional, o questionamento é raro, frequentemente impensável (CUNHA e CAMPOS, 2011, p. 967).

Para Campos (2015), o Método da Roda propõe a composição de textos pelas equipes, a partir da escuta, observação e leitura que fazem dos dados que obtém de seu objeto de trabalho¹³. Observamos que os profissionais, individualmente, também se utilizam desses recursos para a composição de seus próprios textos, que representariam seu entendimento do contexto que se lhe apresenta, e que podem ser analisados por quatro grandes modos: a análise seletiva ou serial, a análise saturada, a análise ruído, e a análise reflexiva.

Para a compreensão do que foi exposto na narrativa, entendemos que a

¹³ “A Escuta do que falam os Sujeitos, ou a Observação do modo como agem, bem como a Leitura dos signos que produzem, são, todas, metodologias complementares para a Coleta de informações e composição de Textos. São procedimentos necessários para compor um Texto. O Método da Roda aposta na capacitação das Equipes para que realizem essas três modalidades de coleta de dados: escutar, observar e ler, tudo isto para recolher signos e com isto ir compondo Textos” (CAMPOS, 2015, p. 195).

modalidade de análise que os profissionais utilizam para a produção de seu discurso está mais próxima da análise seletiva ou serial, em que os elementos contraditórios são eliminados sob “uma perspectiva única e totalitária” (CAMPOS, 2015, p. 198), realizando-se a seleção das informações de forma a que os aspectos conflitantes e contraditórios sejam descartados, mantendo-se apenas o que corrobora sua visão já estabelecida como dominante, sem lugar para uma reflexão crítica. Seu discurso torna-se hegemônico ao, utilizando-se de seu lugar de poder atribuído social e historicamente, e “critérios pretensamente objetivos e técnicos”, alguns profissionais desautorizam outros discursos, ou textos, que possam oferecer algum risco à sua posição de domínio.

Dessa forma,

(...) médicos, apoiados na clínica, ressignificam a demanda de seus pacientes. Sanitaristas, assentados sobre a racionalidade dos riscos epidemiológicos, outorgam-se o direito de definir necessidades de saúde para a coletividade. (CAMPOS, 2015, p. 198-199).

Isso deixa uma marca na formação dos profissionais de saúde, percebida como dicotomizante, na qual são treinados para o trabalho de forma a reproduzir esse cuidado fragmentado, muitas vezes incentivando a disputa entre as profissões, impedindo a possibilidade de que se aproximem e se complementem (CUNHA e CAMPOS, 2011).

A formação em saúde é de responsabilidade do SUS, compartilhada com as instituições de ensino, inscrito no texto constitucional. Isso deveria fazer com que os profissionais de saúde tivessem sua formação voltada não somente para os conhecimentos técnicos, nucleares de cada profissão, mas também para a realidade de trabalho vivenciada pelos serviços do SUS, e em consonância com suas políticas (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Apesar disso, Cunha e Campos (2011) afirmam que há uma cultura organizacional que sustenta o que chamaram de “baixa capacidade para lidar com a incerteza, com a interdisciplinaridade inerente aos problemas complexos da área de saúde”, produzindo “uma baixa vocação para o aprendizado fora do núcleo disciplinar” (p. 967).

Os apoiadores matriciais percebem que, para alguns profissionais de saúde, eximir-se de uma postura crítica em relação a si e a seu próprio trabalho,

reflete-se em uma impossibilidade de colocar-se no lugar do outro e de enxergar os limites de sua própria formação e de seu trabalho, mesmo que isso seja evidente. Segundo os apoiadores, isso revela uma relação descomprometida com o outro e consigo, e o cuidado produzido nesse contexto é realizado de forma fragmentada, negligenciando a integralidade do cuidado. Porém, a oferta da discussão de casos e de propor ações compartilhadas pelo apoio matricial tem conseguido trazer essas questões para dentro das equipes, numa proposta de refletir sobre o exercício da clínica ampliada, como enfrentamento a essa realidade.

O conceito de clínica ampliada refere-se a uma ampliação da clínica tradicional, no sentido de agregar aos saberes técnicos de uma determinada racionalidade médica sustentada por conhecimentos científicos e focalizada mais no diagnóstico (ontologia das doenças) que nas terapêuticas, outros saberes advindos de outras racionalidades, e principalmente da própria experiência do sujeito doente com sua doença em sua vida. Não significa a negação ou desprezo pelos conhecimentos do modelo biomédico, mas sua contextualização produzindo novos significados para o cuidado, incluindo o paciente e a relação com ele como elementos constitutivos da clínica (CUNHA, 2010).

Contudo, remetendo-nos novamente à narrativa, revela-se também o caráter dinâmico e múltiplo do trabalho em saúde em sua complexidade, visto que a percepção dos apoiadores matriciais traduzida na narrativa em análise é de que há “alguns profissionais” acríticos, leva-nos a supor que também há outros que mantêm uma postura crítica diante de como escutam, observam e leem o mundo.

Segundo Franco (2013), na micropolítica do trabalho em saúde, coexistem práticas contraditórias em disputa constantemente, configurando as redes de cuidado. Para ele, “o processo de trabalho em saúde tem como uma de suas principais características o alto grau de autonomia que os trabalhadores exercem sobre seu próprio trabalho” (p. 236), e que cada trabalhador traz consigo suas singularidades¹⁴ para o processo de trabalho, o que lhe possibilita atuar de uma determinada forma em determinadas equipes, e de outra forma, às vezes antagônica, em outras equipes, de acordo com o referencial simbólico de cada equipe (FRANCO, 2013).

¹⁴ “Singularidade na idéia articulada pela esquizoanálise vem dizer respeito ao fato de que o sujeito não é uno – melhor dizendo, não há sujeito, mas sujeitos singulares, porque cada um atua conforme representações simbólicas que definem o modo de agir em determinado tempo e lugar específicos” (FRANCO, 2013, p. 236).

Como forma de incluir essas considerações e valorizar processos de trabalho que conduzam a maior autonomia, porém com a diminuição da assimetria entre os profissionais, o apoio matricial propõe que as contradições, os conflitos e as disputas inerentes aos sujeitos e aos grupos sejam reconhecidos e recolocados como temas para análise pelos coletivos, com o objetivo de modificar o modelo de gestão e de atenção (CUNHA e CAMPOS, 2011; CAMPOS, 2015).

A narrativa dos apoiadores matriciais “*Temos visto que no matriciamento conseguimos problematizar um pouco essas questões a partir dos casos e de propostas que envolvam solicitar ajuda de outros núcleos de saber*”, revela que percebem o trabalho desenvolvido no apoio como potente para atingir a esse objetivo, coproduzindo e co-interpretando outros textos, e construindo com as equipes e profissionais outros objetos de investimento e, conseqüentemente ampliando sua autonomia, revelando, como Campos afirma, que “ninguém é absolutamente impotente, preso a comportamento previsível e repetitivo. O homem absolutamente instituído não existe” (CAMPOS, 2015, p. 105).

A isso, Franco (2013) chamou de estímulo à *capacidade autogestionária*, na medida em que os participantes das redes são seus protagonistas, sejam eles indivíduos ou grupos, e da *capacidade auto-analítica*, como processos que conduzem ao conhecimento de si num determinado contexto. Seriam as forças para “intervir sobre o mundo para a realização dos seus desejos, que podem estar associados à construção de uma realidade, que seja de produção de serviços solidários, acolhedores, que estabeleçam vínculos e se responsabilizam pelos usuários” (p. 237-238), como condições para romper com a realidade de repetição.

A fragmentação produzida por racionalidades alienantes é percebida pelos apoiadores matriciais como um entrave ao desenvolvimento de maiores graus de autonomia, tanto de si como trabalhadores, quanto dos usuários, que são levados a ser mais dependentes dos serviços de saúde para definir quais são suas necessidades de saúde, numa espécie de incapacidade para reconhecerem-se a si mesmos, quando, na verdade, ficam impossibilitados para exercer sua cidadania diante de uma política social, submetidos ao saber técnico dos profissionais e à organização hierarquizada dos serviços de saúde.

Para Cecílio et al. (2012), os usuários estão, o tempo todo, à mercê de “falsas necessidades” produzidas pela medicina tecnológica, para o consumo de serviços e produtos, fazendo com que os significados que atribuem à atenção básica

estejam relacionados a um fazer menor e insuficiente para suas necessidades, numa visão fragmentada dos processos de trabalho em saúde, e numa postura mais passiva, caracterizada por receber as ações ou produtos em função de sua doença. Estes autores também afirmam que a atenção básica ainda não reúne condições materiais nem simbólicas para ser articuladora entre os diversos serviços da rede como proposto pelas políticas de saúde, correndo-se o risco de manter um discurso dissociado da vida real dos serviços e dos usuários.

Nas narrativas dos apoiadores matriciais, garantir a produção de maior autonomia para os usuários é percebido como um dos objetivos do trabalho em saúde e, neste caso, é como se este objetivo não fosse atingido, como vemos a seguir:

Essa autonomia do usuário, como elemento integrante do processo de cuidado e também responsável por si, é um dos objetivos do nosso trabalho.

A produção de saúde e a ampliação da autonomia e da capacidade reflexiva para trabalhadores e usuários devem ser os objetivos centrais para os sistemas de saúde e para o trabalho em saúde (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012). Para isso, seria necessário reunir as duas dimensões do cuidado, objetiva e subjetiva, olhar e escuta, nas práticas de saúde, para melhor atender à necessidade do sistema de ampliar a participação do usuário nas questões de sua própria vida, representadas nas necessidades de saúde trazidas como demandas às equipes de saúde. Nesse sentido, Onocko Campos e Campos (2012) afirmam que a autonomia é coproduzida por se constituir em relações dialéticas de interdependência, e como espaço de disputas e concessões, evidenciando lugares de poder mais ou menos transitórios assumidos pelos sujeitos, como um preço a ser pago pelo desenvolvimento humano, para um não retorno à vida selvagem.

Para estes autores, a clínica seria a dimensão em que se constrói a possibilidade de vínculo entre profissionais e usuários, numa postura de defesa da vida, em que os trabalhadores deixariam de ser os donos do saber, para compartilhá-lo com os usuários e permitir a eles fazer escolhas por si, num processo de negociação com as escolhas dos trabalhadores. Fica claro aqui a relação de poder que se institui entre esses dois sujeitos, trabalhador e usuário, normalmente pendendo mais favoravelmente para o lado do trabalhador, com seu saber técnico. Como estes autores nos dizem, coloca-se para os trabalhadores de saúde um imperativo ético,

pois como profissionais podem escolher entre desenvolver as práticas de saúde em uma relação de dominação ou em parceria com as pessoas e as comunidades (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012).

Afirmam também que,

Nossa função é pôr-nos a serviço da defesa da vida, como agentes que se deixam tocar, sujeitos que também sofrem interferência da vida que pulsa. Colocar nossa dimensão técnica do trabalho a serviço das estratégias de vida dos próprios usuários, e ainda, importante, seria o resgate da dimensão da autonomia. (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012, p. 734).

De modo semelhante, nas narrativas, os participantes observaram que ter autonomia para a realização de seu trabalho reflete-se no aumento de autonomia dos usuários, reconhecendo sua participação no sistema de saúde como sujeitos neste processo (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012).

Isso compromete nossa autonomia no trabalho, e achamos que isso se reflete em dificuldade para o desenvolvimento da autonomia do usuário, tornando-o incapaz de reconhecer suas próprias necessidades e o percebemos mais dependente do serviço de saúde.

Essa concepção mais integral do processo saúde-doença faz com que os apoiadores percebam potencialidades no cuidado ligadas à ampliação do olhar dos sujeitos-usuários sobre as circunstâncias, ou seja, a relação entre os determinantes e os acontecimentos em que seus problemas de saúde aparecem ou se manifestam. Percebem a possibilidade de se discutir com o usuário suas experiências de adoecimento e de estar saudável, buscando com que ele se sinta mais autônomo e responsável em relação às decisões que interferirão em sua vida, no que diz respeito à sua saúde. O Projeto Terapêutico Singular é visto como o recurso que sintetiza os sentidos do cuidado, mas podemos inferir que ao mesmo tempo também lhes atribui sentidos.

Vemos que um determinado problema de saúde que atinge o sujeito o afeta temporariamente de alguma maneira, mas não precisa atingi-lo em todas as suas possibilidades, e que precisaremos nos dedicar a entender com ele as circunstâncias que favorecem o surgimento de problemas, e quais favorecem

sua solução. E também devemos construir com ele quais os cuidados que deverão ser tomados para preservar sua vida como um todo, inserindo-o no seu projeto terapêutico. Independentemente da idade, vemos como um cuidado necessário de nossa parte tentar compreender como esse sujeito e sua família vivenciam e lidam com seus problemas. Se a gente não olhar para isso dessa forma, não faz sentido o PTS!

Coerentes com a lógica de que os encontros produzem novas possibilidades, os apoiadores matriciais ampliam a noção de encontros para além daqueles seus com as equipes, ressaltando que é possível o encontro entre *serviços de saúde*, aspecto imprescindível na constituição e tessitura de redes de atenção.

Por isso, achamos que quando há entrosamento entre os diversos serviços que compõem a rede, isso facilita a proposição de ações que invistam mais nas necessidades dos sujeitos (usuários), flexibilizando as normas, e indo além do que está estabelecido para cada profissional, misturando fazeres, avançando mais nas ações de campo.

Esse encontro seria materializado no que chamaram de ‘entrosamento’, que pode ser compreendido como uma aceitação institucional das lógicas e ações produzidas por seus trabalhadores nos diversos espaços de atuação, ou unidades de saúde. Trazem inclusive, a expectativa de que esse entrosamento flexibilizaria as normas e valorizaria o campo, e não o núcleo de saber, como espaço de ação privilegiado para fazer o cuidado em saúde, tendo em vista atender às necessidades de saúde dos usuários.

Para entendimento do que os participantes chamaram de “entrosamento”, Franco (2013), nos fala da constituição e do reconhecimento de *microrredes* que se estabelecem horizontalmente, isto é, nas conexões que as pessoas inseridas nas organizações estabelecem entre si pelas relações, determinadas social e subjetivamente, e que são eficazes na condução de projetos, configurando-se em “uma certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra” (FRANCO, 2013, p. 227).

Seria uma expressão da potência instituinte do trabalho em saúde, quando se dá como trabalho vivo em ato, revelando “um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva” (FRANCO, 2013, p. 227), e que está relacionado ao desejo dos trabalhadores, e portanto, com sua percepção de

maior ou menor autonomia, de produzir cuidado em saúde dentro dessas redes, e fora da rigidez das normas institucionais, devido ao caráter autogovernável do trabalho vivo em ato (FRANCO, 2013).

De certa forma, Campos (2015) também nos aponta para a ideia de que os sujeitos operam nos coletivos com suas próprias subjetividades, e que se espera fortalecer, pelo Método da Roda, a criatividade e liberdade dos sujeitos para compor ações que atendam às suas necessidades e às dos usuários dos serviços de saúde, mas dentro de certos limites institucionais. A constituição de redes seria comparável à organização de coletivos como “dispositivos”, ou seja, como encontros pontuais entre os sujeitos para a produção de valores de uso, com os objetivos de serem,

espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos) (CAMPOS, 2015, p. 147).

5.2. Eixo temático “Gestão”

A gestão local das unidades de saúde foi percebida pelos apoiadores matriciais como elemento central para que o apoio matricial aconteça. Esse gestor, ou coordenador, como é chamado em Campinas, tem como suas atribuições, além da administração de recursos e de pessoal da unidade em que está alocado, ser um elo de ligação entre os trabalhadores e a gestão municipal, e entre estes e a população, e também de ser um articulador entre os processos de trabalho e as diretrizes das políticas de saúde. Ou seja, além de uma função técnico-gerencial, assume também uma função política no serviço e na comunidade adscrita a esse serviço, responsabilizando-se pela implantação e execução das políticas de saúde naquele território que, inclusive, definem para este gestor diretrizes para os próprios processos de gestão. Ele pode tanto facilitar e ampliar as potencialidades do apoio matricial quanto dificultá-lo.

Os coordenadores das unidades foram referidos nas narrativas como elementos fundamentais para a concretização do apoio matricial, como articuladores entre os apoiadores e as equipes. A gestão é percebida nas narrativas como mais envolvida com os aspectos burocráticos e de produtividade, distanciada do processo de trabalho, menos acessíveis aos trabalhadores, e com menor possibilidade de

estabelecer pactos de trabalho. O posicionamento individual dos gestores sobre o matriciamento é que garantem as condições para que aconteça ou não nas unidades.

Nós percebemos que o apoio matricial em Campinas depende muito da gestão local para acontecer. É este gestor que assume a autoridade para permitir condições para o apoio matricial, acima da vontade dos profissionais.

O lugar de poder atribuído aos coordenadores nas narrativas, é definido pela própria diferenciação que este sujeito tem que assumir dentro das equipes, a fim de que ele e as equipes reconheçam seu lugar e função. Assim, sua capacidade de intervenção dependerá diretamente de sua implicação com a função, em qualquer que seja o modelo de gestão instituído, determinando suas decisões e ações (ONOCKO CAMPOS, 2007).

Para os apoiadores matriciais, os coordenadores das unidades são percebidos como divididos em dois grupos: um que apoia o matriciamento e que cria condições favoráveis para sua realização, e outro que vê o matriciamento como concorrente da agenda de atendimentos. Podemos observar que estabelecem uma relação mais próxima com os coordenadores que veem o matriciamento como parte do trabalho e que garantem as condições para que aconteça. É como se reconhecessem esses coordenadores como parte da equipe responsável pela articulação entre a estratégia do apoio matricial e os profissionais da equipe. Em algumas situações foi citado o apoiador institucional como quem assume essa função de articulação entre o apoiador matricial e a equipe da unidade.

Percebemos que nas unidades que visitamos e que há apoio do coordenador, as experiências de matriciamento foram mais tranquilas e fomos mais bem recebidos, ao contrário daquelas em que a coordenação não estava presente. Achamos que é necessário um compromisso de gestão assumido entre os coordenadores das duas equipes, a que dará o apoio matricial e a que receberá, para a implantação do apoio matricial. Alguns de nós lembram que antes havia uma negociação, um pacto entre os diversos níveis de gestão para possibilitar que o matriciamento acontecesse.

Na percepção dos apoiadores matriciais, a própria experiência do apoio matricial é modificada pela postura dos coordenadores em relação à essa diretriz. Quando o matriciamento é assumido pela gestão local como elemento importante para

o trabalho em saúde, a recepção da equipe para os apoiadores é melhor e a atividade é facilitada. Portanto, os apoiadores matriciais acreditam que é necessário um compromisso de gestão (ou de gestores) para a realização do apoio matricial, em que os coordenadores das equipes de AB e as dos apoiadores estejam em acordo sobre a pertinência do apoio matricial, mas que este acordo também esteja firmado em todos os níveis de gestão. É como se propusessem que o apoio matricial fosse reafirmado nesse acordo como uma diretriz municipal real, concreta, não somente uma proposição ministerial sem sentido para o município, já tendo percebido alguns movimentos de gestores nesse sentido em relação ao matriciamento de saúde mental.

Estas diretrizes carregam em si a expectativa de processos de gestão democráticos, coerentes com toda a lógica que fundamenta o SUS e o apoio matricial, mas nem sempre é o que ocorre de fato, pois ainda persistem formas autoritárias de gestão decorrentes de um modo taylorista de organizar os serviços de saúde.

Por isso, achamos que é preciso que o coordenador compreenda que o apoio matricial também é trabalho. Isso dá um incentivo.

Parece que muitos deles só veem como trabalho os atendimentos e, se você não está atendendo porque foi matricular, parece que não está trabalhando.

Percebemos nas narrativas referências a formas de gestão para o controle e a produtividade, posto que a organização do trabalho dos serviços de saúde sofreu forte influência do taylorismo e, na instituição do SUS especialmente, tivemos o impacto de um sistema híbrido de gestão e financiamento público e privado (CAMPOS, 2007; VASCONCELOS e PASCHE, 2012). Esta origem determinou um modo de organizar e gerir os serviços de saúde baseado na lógica da produtividade e do clientelismo, operando para a manutenção da fragmentação e da diminuição da autonomia (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

Esse modo de gerir o trabalho produz nos apoiadores insatisfações e sofrimentos que dificultam seu pleno desenvolvimento no trabalho, gerando sentimentos como a impotência, a solidão, não pertencer a lugar nenhum, vontade de desistir, além de conflitos com colegas de trabalho e com os próprios gestores locais.

As narrativas vêm ao encontro do que é observado em diversos estudos (CAMPOS, 1999; GOMES, 2006; CUNHA e CAMPOS, 2011; CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013), que evidenciam a hegemonia de processos de trabalho

reducionistas e restritivos, fortemente sustentados no modelo biomédico, e na negação da inter-relação entre os componentes biológicos, históricos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos na produção de saúde e de doenças.

De acordo com Campos (1999) e Campos e col. (2013), a fragmentação também é produzida por uma forma de organização dos serviços de saúde em que o trabalho multiprofissional e a construção de relações interdisciplinares são dificultados e quase impedidos de acontecer. Espera-se alcançar a interdisciplinaridade com o Método Paideia, compreendendo que, para Campos (CAMPOS, 2015), é um efeito da cogestão de campo e núcleo nas equipes, num processo permanente de discussão e recomposição da “circulação de saber”. Para ele,

A cogestão do Campo e do Núcleo dos vários papéis profissionais coloca na Roda o saber monopolizado pelos especialistas, a negociação das responsabilidades e o encargo de tarefas; democratizando, em decorrência, o poder (CAMPOS, 2015, p. 217).

Isto é, além de uma dimensão de assistência, há uma dimensão de gestão no apoio matricial, no sentido de um processo subjetivo e dinâmico que possa produzir condições para acontecimentos e/ou ações (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2012).

A fragmentação do trabalho contribui para os processos de alienação dos trabalhadores, pois retira o significado social do trabalho, e transforma o que havia de singular em seu fazer, em um modo operacional eminentemente técnico (MATOS, 1994). Para Dejours (1992), “quanto mais a organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo” (p.52). Nesse sentido, a falta de interesse em participar dos processos de gestão de seu trabalho revela o êxito da função alienante da gestão sustentada em moldes tayloristas (CAMPOS, 2015).

Baseando-nos em Onocko Campos (2007), podemos afirmar que a postura individual seria a internalização e a reprodução de processos alienantes diante do novo, mas que também seria uma função de gestão direcionar para a produção de mais autonomia e criatividade, diminuindo a alienação. Confirmando essa potência da gestão, nas narrativas ficou claro que as questões de organização do trabalho invadiam o matriciamento, mas que os matriciadores deveriam assumi-las como parte do trabalho de matriciamento. Por essa razão, às vezes, era necessário refazer

contratos com as equipes e com os distritos.

Conforme Dejours (1992), a organização do trabalho seria o campo de embate entre vontades e desejos dos trabalhadores e as necessidades do patrão, numa luta sem mediadores. O estudo de Dejours refere-se a situações operárias, mas podemos, por similaridade, associar a figura do patrão à gestão, como referida nas narrativas.

Algumas experiências relatadas por Dejours podem ser aproximadas da experiência do apoio matricial, mostrando que o debate coletivo sobre a organização do trabalho em saúde mobiliza a coordenação entre as pessoas, atenuando o sofrimento causado pela própria natureza deste trabalho e pode atenuar consideravelmente os antagonismos interindividuais (DEJOURS, 1992).

A partir de uma percepção dos apoiadores matriciais de que está em curso uma reorganização das equipes de AB para a lógica do PSF, acreditam que Campinas está num momento interessante para a inclusão do apoio matricial nessa reorganização. Entretanto, chama a atenção que essa reorganização foi percebida pelos apoiadores nas unidades em que seu matriciamento se realiza com indivíduos, e não equipes, mas não fizeram referência a ter sido discutida com eles, o que pode demonstrar que não estão de fato inseridos no funcionamento das unidades.

Em alguns centros de saúde em que temos construído o matriciamento a partir dos contatos individuais, percebemos que está acontecendo uma reorganização interna para funcionar na lógica do PSF, e achamos que este é um ótimo momento para incluir o apoio matricial nessa reorganização.

Avançando ainda mais na compreensão da gestão como parte do processo de trabalho, os apoiadores matriciais referiram que questões como problemas internos das equipes ou organização de processos de trabalho, muitas vezes invadiam o espaço do matriciamento e dificultavam as discussões técnicas que estavam programadas. Essas questões foram percebidas como não pertencentes àquele momento, e buscavam refazer o acordo para o apoio matricial com o Distrito de Saúde.

Muitas vezes percebemos que questões como problemas das equipes, ou a organização dos processos de trabalho daquela unidade, surgiam no matriciamento demandando uma conversa, e suplantando as questões técnicas que íamos discutir. Nós entendemos que são questões mais relativas à gestão local, não próprias do apoio matricial, e por isso levávamos para

uma nova discussão no Distrito, para refazer o pacto.

Podemos compreender que essa postura revela uma dificuldade de os apoiadores matriciais reconhecerem como demanda legítima para o matriciamento uma discussão acerca da autonomia dos trabalhadores sobre a gestão dos processos de trabalho, e de um certo tecnicismo (ou aprisionamento técnico) na compreensão do que sejam as necessidades das equipes. Contudo, não há elementos suficientes para afirmar que essa postura dos apoiadores matriciais impediu às equipes a reflexão sobre os processos de trabalho nos momentos de encontros para o matriciamento, ou em seu cotidiano.

Para o Método Paideia, o apoio é uma estratégia metodológica para ampliar graus de cogestão e de autonomia dos sujeitos, a partir de uma maior capacidade de análise dos sujeitos, sejam indivíduos ou coletivos, das informações e do contexto (CAMPOS, 2015). Para o apoio matricial atingir o esperado *efeito paideia*, é preciso que os apoiadores assumam uma postura de abertura para os temas que surgem nos encontros com as equipes. Determinar que questões de relacionamento entre os profissionais ou de processos de trabalho não são temas para o matriciamento vai contra a expectativa de que o apoio matricial ajude a desvelar os elementos internos da equipe que dificultam seu desenvolvimento.

Mesmo que determinadas questões pareçam mais ligadas a aspectos gerenciais, se elas surgem durante os encontros impedindo avançar em discussões que seriam mais “próprias do apoio matricial”, provavelmente essa poderia ser uma problematização a ser feita, sem negar ou rejeitar o que estava aparecendo, mas recolocando o problema para análise na tentativa de compreendê-lo melhor. É necessário, além de ser uma das funções, que o apoio matricial auxilie os sujeitos a reconhecerem suas dificuldades e as recoloque para o grupo como temas para serem analisados, a fim de que, ao serem refletidas e reinterpretadas as questões tidas como “problemáticas” possam potencializar o desenvolvimento de maior autonomia do grupo.

Alguns problemas estruturais foram colocados como impeditivos para o matriciamento acontecer de acordo com as diretrizes das políticas de saúde, tais como a falta de profissionais suficientes para o apoio matricial, como ilustram as seguintes narrativas:

Alguns de nós compomos uma equipe muito pequena e específica, mas que é referência para a cidade inteira, e temos que organizar o matriciamento a partir dos Distritos de Saúde. São geralmente os gestores ou alguns profissionais que acham importante e que discutem ou qualificam os casos com a gente, mas a equipe que de fato faz o cuidado não participa das reuniões.

Nesse caso, uma equipe reduzida de apoiadores dificulta o acesso às equipes nas unidades, visto que há outras demandas de atendimentos específicos que devem ser contempladas, e as decisões sobre a atenção a essas demandas ficam centralizadas entre os gestores e os especialistas, com pouca ou nenhuma participação dos trabalhadores que conhecem os casos.

Também se observou que as próprias unidades de saúde não têm profissionais suficientes para a assistência, como relatado a seguir:

Um dos problemas que percebemos é o déficit de RH, e já tivemos que realizar discussões com os Distritos para não assumirmos o papel de acolhedores de demandas para atendimento por falta de RH nas unidades, como estava posto para nós por alguns gestores.

Já nesta situação, a presença dos apoiadores matriciais nas unidades foi percebida por alguns gestores como forma de suprir a falta de RH especializado nas unidades, sendo demandado a eles o atendimento à demanda como se estivessem lá somente para atender os casos.

Em relação à gestão municipal, as narrativas mostraram a percepção de um descompromisso com o apoio matricial, e tentaram relacioná-lo às turbulências vivenciadas pela administração municipal nos últimos tempos, como o trecho a seguir:

Achamos que atualmente o governo municipal tem se omitido quanto a apoiar o matriciamento, mostrando pouca clareza quanto às diretrizes, e parece que fica tudo um pouco solto. Talvez isso tenha a ver com as frequentes mudanças de governo e na gestão da saúde, recentemente.

De fato, uma série de situações políticas bastante graves vêm ocorrendo desde que vieram à tona as investigações e prisões de suspeitos de corrupção na Administração Municipal, culminando com a cassação do prefeito em 2011 e, logo em seguida, do vice-prefeito que assumiu em seu lugar. Também houve mudanças no

comando da Secretaria Municipal de Saúde, com três diferentes secretários entre 2012 e 2013, quando assumiu o cargo o atual secretário, cuja gestão é frequentemente apontada como centralizadora e de pouco diálogo com as instâncias de controle social, como o Conselho Municipal de Saúde.

Nesse ínterim, o convênio com o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF), também foi apontado como tendo ilegalidades nos contratos firmados com a Prefeitura em relação à atenção básica, e irregularidades nos contratos envolvendo a saúde mental. Uma das consequências foi a reorganização da saúde mental, com a transferência dos serviços de referência em saúde mental (CAPS, Centros de Convivência, Oficinas de Trabalho, Residências Terapêuticas) para a gestão do SSCF, e as ações de saúde mental na atenção básica ficaram sob gestão da Secretaria de Saúde. Para possibilitar essa reorganização, deu-se a realocação dos trabalhadores contratados pelo SSCF para os serviços sob sua gestão, e a demissão de vários trabalhadores da saúde mental que atuavam em Unidades Básicas de Saúde, sem a reposição em tempo hábil e de todos os cargos vagos, gerando grande instabilidade nos quadros de recursos humanos e emocional nos trabalhadores e equipes.

Desde 2010, a gestão da saúde passou a desconstruir as ações de apoio, clínica compartilhada e cogestão, num desmonte dos serviços e com a imposição de cobranças de produtividade das equipes por parte dos coordenadores locais (OLIVEIRA, 2014; FERNANDES, 2014).

Portanto, o que os apoiadores matriciais apontam é que não percebem a implicação institucional da gestão municipal com a construção da capacidade de construir compromissos intencionando a instituição de processos de cogestão, como sugerido por Campos (2015). Pelo contrário, afirmam que a gestão municipal está alheia à gestão dos processos de trabalho do apoio matricial, o que dá a impressão de que estão “soltos”, isto é, sem um lugar de referência para analisar seu trabalho do ponto de vista da gestão. Nesse contexto institucional, fica a cargo de cada trabalhador, individual e solitariamente, a responsabilidade de manter a prática de apoio matricial viva e ativa, desencadeando processos de compartilhamento de análises e intervenções interprofissional.

5.3. Eixo temático “Fragmentação do Cuidado”

Os encaminhamentos são um termômetro do processo de trabalho fragmentado na saúde. Esses são realizados, muitas vezes, de forma displicente e

sem preocupação com a necessidade de informações suficientes para quem vai receber o paciente, ou de algum tipo de comunicação prévia com o serviço ou com a equipe. A finalidade do encaminhamento é direcionar o usuário para outro serviço ou profissional que tenha condições de atender às complexidades, momentâneas ou não, e que o serviço ou profissional encaminhador não dispõe, seja pelo nível de assistência, seja pela falta ou inadequação de recursos.

Aqui em Campinas, nós temos a sensação de que há um distanciamento entre os profissionais, percebido principalmente nos encaminhamentos realizados sem discussão prévia do caso e, muitas vezes, feito de forma incompleta e sem informações por quem está encaminhando, geralmente médicos. Ainda em relação aos encaminhamentos, percebemos que nas situações mais graves parece que os profissionais se desesperam e encaminham porque acham que não vão dar conta.

Mas também não se comunicam com o serviço que vai receber o paciente, e ainda exigem que o acolhimento seja imediato.

Um de nós contou que há casos de bastante complexidade e vulnerabilidade, e que solicita frequentemente uma discussão mais ampliada para o acompanhamento integral desses casos, mas nem sempre consegue, e vê a situação dos sujeitos se repetindo e reproduzindo a vulnerabilidade.

Porém, os encaminhamentos deveriam ser feitos segundo a lógica da corresponsabilização, isto é, não significa ‘passar o caso’, mas compartilhar a responsabilidade nos diversos níveis de atenção à saúde que aquele caso necessita (GOMES, 2006; NASCIMENTO, 2007; CAMPOS, 2015). Pela forma como os apoiadores matriciais relatam os encaminhamentos, estes são feitos como uma transferência de responsabilidade, como se o encaminhador se eximisse de seu compromisso de cuidado com aquela pessoa.

A referência a médicos como profissionais que mais realizam esse tipo de encaminhamento sugere que sua prática ainda está bastante enraizada no modelo biomédico tecnicista (especialista), que fragmenta o sujeito em partes e está focado na doença (CAMPOS, 1999; GOMES, 2006; CAMURI e DIMENSTEIN, 2010; CUNHA e CAMPOS, 2011; CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013). Dessa forma, suas práticas de cuidado também serão fragmentadas, coerentes com a lógica de seu

pensamento clínico.

Em outros casos, a percepção dos apoiadores matriciais é de que os profissionais da atenção básica encaminham casos considerados graves como forma de aliviar sua angústia por não saberem o que fazer com eles.

Isso nos mostra que há incertezas no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, e que estas são vivenciadas como angustiantes porque é *preciso dar uma solução*, mesmo que seja transferir o problema para outro profissional ou serviço. Solicitar ajuda para conduzir um caso complexo não é um problema em si, mas passa a ser um quando a solicitação significa desresponsabilizar-se pelo caso, em clara oposição ao que está preconizado pelas diretrizes do Método Paideia que fundamentam as práticas de apoio, e que devem resultar em corresponsabilização dos casos pelos profissionais e equipes (CAMPOS, 2015).

Não somente por contrariar uma diretriz que orienta o trabalho em saúde, mas também, e principalmente, ao não vislumbrar naquele caso difícil um sujeito com necessidades e desejos próprios, corre-se o risco de romper com a relação de confiança que poderia estar constituída ou em vias de se constituir. Além disso, nem sempre os profissionais encaminhadores estão disponíveis para discutir o caso depois que foi encaminhado, e há aspectos do cuidado que dependem de suas ações que, se não forem realizados, a situação que levou ao agravamento se repetirá. Podemos concluir que fica inviabilizada outra solução para o problema que não as que somente buscam evitar que se agrave mais ainda.

Existe uma percepção de que os profissionais dos diversos serviços de saúde do município desconhecem a realidade de funcionamento de cada serviço, e que este é um fator que contribui para uma rede fragmentada, pois se reflete em regras rígidas e processos de trabalho pouco colaborativo entre as unidades de saúde.

Achamos que há necessidade de os serviços se conhecerem, isto é, qual a situação atual de cada equipamento, o seu modo de funcionar, para que as regras sejam flexibilizadas e se possa trabalhar de forma mais colaborativa entre as diversas unidades da rede. Isso significa que é possível romper com o que é estabelecido a priori para cada profissional ou equipamento.

De certa forma, nesta narrativa, podemos apreender também que há um anseio por formas de trabalho que proporcionem maior liberdade para os

trabalhadores em suas ações, e que eles esperam poder articular-se melhor entre si e entre os serviços, constituindo uma rede de verdade, em que possam se apoiar uns nos outros, quase numa postura revolucionária. Chama a atenção que, para os apoiadores matriciais, mais liberdade pode conduzir a maior integração entre os profissionais.

As redes se formam para a produção do cuidado em saúde independentemente do desejo dos trabalhadores, dado seu caráter imanente na micropolítica do processo de trabalho. Isto é, para que o cuidado em saúde aconteça, os trabalhadores necessariamente estabelecem redes entre si ou entre serviços distintos com diversos graus de complexidade, que podem ser ou não pactuadas ou democráticas (FRANCO, 2013). A 'postura revolucionária' apontada acima pode estar relacionada a uma percepção do que Franco (2013) chamou de criação de microrredes, instituídas horizontalmente, intersubjetivamente, e que possibilitam a eles a condução de projetos no cotidiano.

Para alguns apoiadores, parece haver uma certa preocupação em acompanhar os usuários quando é necessário encaminhá-los a outras unidades, ou mesmo quanto à circulação desses usuários por outros pontos da rede. Esse acompanhar pode significar, às vezes, estar junto fisicamente. Há um receio de que as guias de referência, utilizadas quando são encaminhados para algum tipo de seguimento em outra unidade, não sejam claras o suficiente para elucidar a situação do usuário, como se fosse preciso que o profissional que encaminha precisasse estar junto para dizer o que a guia de referência não diz. Para serviços como o CAPS, a figura do profissional de referência é vista como fundamental para integrar os diversos serviços da rede, atuando como um articulador entre as necessidades do usuário e as intervenções realizadas em cada ponto da rede, para todos os serviços.

De certa forma, essa posição sugere que os apoiadores percebem os serviços como pouco integrados e que há dificuldades para que as intervenções aconteçam de forma integrada no cuidado mais ampliado do usuário. Além disso, o próprio usuário aparece em segundo plano nesses discursos, necessitando de um profissional que atue como um tutor, que fale por ele.

As guias de referência e contrarreferência são instrumentos pouco eficientes para a comunicação entre profissionais de serviços diferentes. Se, por um lado, há uma preocupação em fazer o encaminhamento com informações completas e de forma o mais claro possível, por outro, o retorno das informações para o serviço

de origem nem sempre acontece, ou é negligenciado. Para além de ser um meio de comunicação entre serviços que interagem entre si, está implícito nessa afirmativa que um jeito de trabalhar que não valoriza a integração entre distintos serviços e profissionais, reforçando a fragmentação do cuidado e comprometendo a integralidade da atenção.

Outra evidência de uma rede fragmentada, apontada pelos apoiadores matriciais, é a chegada de usuários ao CAPS por via judicial ou pela falta de profissionais na AB, e que são desconhecidos pela equipe do CAPS, mas têm algum tipo de atendimento ou seguimento pela equipe da AB.

Nos CAPS é comum os casos chegarem via Ministério Público, de forma judicializada, sem que saibamos do que se trata. Outra forma como percebemos como os CAPS são vistos pela rede é quando falta o psiquiatra do CS, e o CAPS é acionado para suprir essa falta, como um quebra-galho. Nesse momento, o CAPS tem acesso a pacientes muito graves que não tinha conhecimento.

Nas duas formas reveladas na narrativa, o que fica claro é que nem todos os casos graves de saúde mental são conhecidos ou discutidos com as equipes dos CAPS, que tem contato com esses casos somente em momentos de crise que, supostamente, justificariam as duas ações descritas.

Isso demonstra que o trabalho em rede não se constituiu plenamente, ou que ainda é bastante frágil, posto que o contato entre os profissionais das equipes se deu para suprir a falta de um profissional na equipe, vislumbrando a parceria como “quebra-galho” e não como possibilidade de trabalho conjunto na construção de um PTS. Além disso, ao revelar situações graves que o CAPS desconhecia, mas que provavelmente eram acompanhadas pelo CS, novamente aparece a falta de aproximação entre os dois serviços no acompanhamento e monitoramento dos casos graves do território, indicando um trabalho isolado entre os dois serviços.

Este fenômeno é percebido pelos profissionais, que não arriscam hipóteses explicativas sobre o porquê isso acontece, limitando-se a reconhecer que há um “distanciamento”. Apontam como uma consequência a centralização do cuidado em apenas um profissional, o que também poderia ser uma explicação. Entretanto, também percebem que a aproximação com as equipes no matriciamento ajuda a diminuir a distância entre as equipes e diminui também as demandas fragmentadas,

em acordo com um dos objetivos do apoio matricial. Outro elemento importante é a percepção de que estar mais próximo da equipe de AB amplia o olhar do apoiador, que assume uma postura de aprendiz junto com a equipe, diminuindo a assimetria entre os trabalhadores, e proporcionando condições para que se instale uma relação de parceria entre os profissionais dos distintos serviços.

Os médicos são percebidos, em algumas unidades, como os profissionais mais distanciados de um trabalho em equipe, seja por não participarem das reuniões, seja por desenvolverem seu trabalho de forma isolada em relação aos outros profissionais. Também parecem ficar mais à vontade para discutir com outros médicos, do que com profissionais de outras áreas.

Um de nós referiu algumas dificuldades específicas com os médicos, pois percebeu numa unidade que matricia, que eles não participam das reuniões de equipe e tem um modo próprio de trabalhar que não inclui a equipe como um todo. Além disso, nós percebemos que os médicos ficam mais à vontade quando o matriciador é um outro médico, por exemplo um psiquiatra.

Aqui em Campinas, nós temos a sensação de que há um distanciamento entre os profissionais, percebido principalmente nos encaminhamentos realizados sem discussão prévia do caso e, muitas vezes, feito de forma incompleta e sem informações por quem está encaminhando, geralmente médicos.

Essa percepção nos remete à imagem do médico como profissional diferenciado em relação aos outros profissionais da saúde, bastante reforçada durante a formação médica e por aspectos culturais (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Para alguns apoiadores matriciais, a compreensão de que o sujeito com problemas psíquicos é um ser integral, e que demanda ações de cuidado de diversas instâncias da saúde e de outros setores, é mais aceita e faz parte do cotidiano de trabalho. Essa compreensão é percebida como facilitadora para o desenvolvimento de um, mas não resolve todos os problemas, quando apontam a dificuldade para o trabalho intersetorial.

Para alguns de nós, é impossível pensar que o sujeito que demanda cuidado em saúde mental é de nossa exclusiva competência, pois sempre apresenta múltiplas necessidades quando chega, e sempre precisa das intervenções de outros profissionais. Percebemos que o sujeito está imerso numa rede de

políticas públicas, e compreendemos que cada um é parte de um coletivo. Para nós, isso facilita a proposição de ações para trabalhar com os sujeitos. Mas também achamos difícil realizar ações intersetoriais.

Entretanto, também observam que, no que diz respeito às questões relacionadas à saúde mental, há um estigma, e uma tendência à evitação por parte das equipes da AB de implicar-se com os problemas e demandas desta área. Para os casos de transtornos psíquicos as equipes demonstram maiores dificuldades para assumir a responsabilidade do cuidado, tendendo a transferir essa responsabilidade para as equipes dos CAPS, inclusive das necessidades clínicas. Os matriciadores entendem que o cuidado se faz com a participação de diversas instâncias, cada qual atendendo em sua especialidade, mas em interação com as outras, compartilhando e complementando as ações. Em algumas situações, percebe-se que o encaminhamento é realizado sem informações suficientes, restringindo-se ao diagnóstico, desvalorizando outros aspectos do sujeito e do processo de adoecimento, ou até mesmo indicando somente o serviço para onde está sendo encaminhado, como se isso bastasse e dissesse por si qual a necessidade percebida. Nesses casos, os apoiadores participantes afirmaram que esse encaminhamento é ignorado quando da chegada do usuário, e que recomeçam o processo com o usuário naquele momento. Nossa hipótese é que se trata de uma ação reativa às dificuldades percebidas quanto à necessidade de ampliar o contato, a comunicação interinstitucional e tecer relações entre profissionais que se corresponsabilizem, de fato, pelo cuidado com o usuário, evitando a manutenção da fragmentação.

Novamente vemos aqui o encaminhamento percebido em sua forma mais reducionista, pouco ou nada implicado com o processo de continuidade do cuidado, e a grande diferença de compreensão da integralidade do cuidado nos diversos serviços da rede. No seu aspecto assistencial, a integralidade, como uma das principais diretrizes para o SUS, parte da concepção de homem constituído por múltiplas dimensões de existência, que se atravessam e se misturam e que, além disso, os sujeitos também estabelecem relações entre si, com outros sujeitos igualmente complexos, e com o mundo, produzindo experiências complexas e singulares de saúde e doença na vida de cada pessoa (CECILIO e MERHY, 2007; BRITO-SILVA, BEZERRA e TANAKA, 2012).

Portanto, as ações para o cuidado devem considerar essa realidade em

sua proposição e organização, visando atender às necessidades de saúde das pessoas em sua multiplicidade, entrando aqui o aspecto organizacional da integralidade, que prevê serviços de saúde integrados e articulados, garantindo que não haja descontinuidade do cuidado, fortalecendo os processos de gestão do trabalho como um dos eixos da integralidade (BRITO-SILVA, BEZERRA e TANAKA, 2012).

5.4. Eixo temático “Processo de Trabalho”

Para alguns apoiadores, investir no estabelecimento de vínculos entre os profissionais é uma condição para que o matriciamento se estabeleça. Criam-se assim, pontos de identificação entre os apoiadores, ou equipes de apoiadores, e as equipes da atenção básica, que fazem com que se sintam pertencentes a ambas as equipes. Percebem que, dessa forma, as ações são vistas como produtoras de corresponsabilidade, e as intervenções dos profissionais não são sentidas como controle sobre as equipes da atenção básica.

A participação nas reuniões das equipes da atenção básica e as discussões de casos, favoreceram a aproximação e o reconhecimento de alguns apoiadores matriciais pelos profissionais das equipes de atenção básica como trabalhadores responsáveis pelo cuidado tanto quanto eles.

Nós percebemos que a estratégia de participar sistematicamente das reuniões das equipes e discutir casos clínicos proporcionou o desenvolvimento de uma relação próxima com os profissionais das equipes matriciadas e assumir projetos em comum. Após um período, conseguimos avaliar como a equipe percebeu a nossa entrada. No início nos viam como intrusos, e éramos percebidos como representantes do Distrito que iam avaliar o trabalho deles. Hoje somos vistos como parte da equipe, e achamos que isso foi conseguido a partir do desenvolvimento de uma relação de confiança.

Se, em um primeiro momento foram percebidos como intrusos e avaliadores indicados pela gestão, depois de algum tempo, e a partir do contato mais próximo e do compartilhamento de projetos, perceberam que as equipes os aceitaram como membros integrantes do grupo.

Essa opinião de que a proximidade e a identificação são necessárias para

a formação de vínculo, e este como fundamental para a realização do apoio matricial, foi compartilhada por outros apoiadores matriciais, que perceberam em seu cotidiano que a aproximação com as equipes, ajudou a reconhecer em seus profissionais a potência para a solução dos problemas. Este olhar do outro faz com que a própria equipe da atenção básica reconheça em si essa potencialidade, e que assuma a responsabilidade para coordenar o cuidado.

Elemento essencial para o processo de trabalho do apoio matricial, as reuniões de equipe com os matriciadores foram apontadas como os momentos em que o matriciamento se realiza, sendo o *lócus* privilegiado para o processo de trabalho do apoio matricial. É nesse espaço que se dá a formação de compromissos entre equipes e apoiadores, e destacamos que sua característica de não possuir um formato pronto a priori garante que o processo de trabalho se constitua naquele momento, como “Trabalho Vivo em ato” (MERHY e FRANCO, 2013, p. 140).

Fortalecendo a ideia de vínculo entre os profissionais como elemento fundante da corresponsabilidade, há uma narrativa de dificuldades vivenciadas por apoiadores matriciais que não conseguem estabelecer e manter seu papel de apoiador diante das demandas das equipes para os atendimentos em seu núcleo de saber, ou também por não conseguir reunir-se com a equipe.

Para uma de nós, entretanto, a discussão de caso é a estratégia que menos dá certo, pois matricia várias equipes, e ainda não estabeleceu um vínculo forte entre ela e as equipes. Tem dificuldade para se reconhecer como matriciadora porque é tomada por demandas que exigem dela soluções prontas e rápidas.

Outro de nós também tem dificuldade para identificar-se como matriciador por não conseguir participar das reuniões de equipe, e referiu que a organização proposta pela gestão inviabilizava sua participação efetiva nas reuniões e restringia o matriciamento para encaminhamentos burocratizados.

Em ambas as situações o matriciamento é negado em sua função de produzir novos olhares para os problemas, e acaba identificado com uma forma de triar pacientes para atendimentos tradicionais e burocratizados, perdendo o sentido da própria ação, voltando a práticas fragmentadas (CUNHA E CAMPOS, 2011; CAMPOS, 2015).

É possível que a percepção desses profissionais de que sua ação não seja

considerada apoio matricial esteja mais ligada a uma expectativa de que o matriciamento seja algo que não conseguem fazer, desprezando o fato de que a manutenção de um espaço mínimo de discussão e a apropriação da demanda a partir de um diálogo seja em si ação de compartilhamento de saber e de práticas, o que pode levar os profissionais com quem discutem a uma reapropriação de sua própria demanda.

O trabalho de matriciamento está em disputa com outros processos de trabalho em saúde que evitam a ampliação do olhar dos trabalhadores, e que gera descompromisso destes em relação às questões do cotidiano do trabalho, ou até mesmo em relação à construção de novas ações para o enfrentamento dos problemas desse cotidiano. Os apoiadores matriciais são vistos por alguns trabalhadores como ‘vigias’, e estes ficam reativos (na opinião dos participantes) recusando-se a modificar seu modo de trabalhar. Às vezes, a ação reativa de um trabalhador pode pôr a perder toda uma construção da relação de confiança realizada no matriciamento com a equipe. Como exemplo, foram citadas situações de profissionais que não conhecem, ou reconhecem, o modo de funcionamento de outras unidades e criam uma expectativa de *como deveriam funcionar*, e sua frustração quando não funcionam da maneira como idealizaram faz com que divulguem uma imagem depreciativa do serviço e dos profissionais ligados a ele.

Esse risco pode estar vinculado a uma certa fragilidade nas relações, visto que o matriciamento busca instituir um novo modo de trabalhar que provoca certa tensão nos trabalhadores. Estes são chamados a serem mais participativos, o que aumenta seu grau de responsabilidade quanto às ações que desenvolve e, ao mesmo tempo amplia essa participação com influência em outros pontos da rede de atenção que não somente o seu local de trabalho. Há dúvidas, incertezas, compromisso, rompimento com paradigmas.

Há um aspecto do processo de trabalho do apoio matricial apontado pelos participantes, que chamaram de pedagógico, no sentido de produzir um aprendizado a partir da problematização do cotidiano, isto é, das questões que são levantadas para discussão nas reuniões. Essa problematização provoca incômodos que, ao contrário de serem paralisantes, levam a uma necessidade de saber mais. Aliás, a dinâmica peculiar das reuniões, sem formato específico, foi descrita como tendo um potencial para valorização da construção coletiva das ações, pois os casos discutidos circulam por vários serviços. Essa percepção da existência de uma rede de cuidado, e sua

participação nas discussões, leva a que as necessidades do sujeito-usuário sejam percebidas na sua complexidade e integralidade.

A fragmentação no processo de trabalho do apoio matricial revela-se nas dificuldades existentes para constituir o compartilhamento e corresponsabilização pelo cuidado, e para estimular o diálogo nas equipes matriciadas ou dentro das próprias equipes.

O processo de trabalho no matriciamento gera angústia nos apoiadores matriciais por lidar diretamente com as dificuldades inerentes à vida dos sujeitos, com um sistema percebido como ‘adoecido’, e pela complexidade da relação entre os sujeitos e seu contexto, na figura do sistema. Percebem que os trabalhadores das equipes apoiadas apresentam uma tendência a realizar o trabalho de forma a transferir para o outro a responsabilidade de intervir, por se sentirem impotentes diante disso tudo, e desconhecendo ou ignorando que aqueles que irão receber seus encaminhamentos também compartilham do mesmo sentimento

Percebemos que a vida das pessoas tem questões tão difíceis, que geram um sistema adoecido, e este, por sua vez, adoce muito as pessoas. Todos nós, profissionais, temos uma sensação de impotência, que é aumentada pela falta de recursos para lidar com esses problemas. Muitas vezes, temos a sensação de que os encaminhamentos são feitos para tentar se livrar do usuário e para transferir o problema para outra equipe, que também sofre pelas mesmas razões.

Há, porém, nas narrativas, uma aposta de que o matriciamento possa desvelar essa contradição e auxiliar a superá-la, na percepção de que as reuniões e os encontros de matriciamento têm sido fundamentais para a ampliação do olhar clínico, resultando em diminuição da fragmentação do cuidado. Essa expectativa está em acordo com a proposta da política pois, em relação à assistência, o apoio matricial pretende enfrentar o desafio de implantar ações em saúde que promovam cuidado dos sujeitos e coletivos de forma integral, em oposição à fragmentação (BRASIL, 2012).

Há um elemento de imprevisibilidade presente no cotidiano, especialmente para os profissionais de saúde mental, que dificilmente será atendido se as agendas não forem mais flexíveis. Chegam, inclusive, a apontar uma proposta de que os profissionais matriciadores da AB não tenham atendimentos, mas que seu trabalho

seja caracterizado por uma perspectiva comunitária, “de prevenção e promoção de saúde”, como se atendimentos e trabalho comunitário fossem incompatíveis.

Nós achamos que esse espaço para discutir sempre existe, mas que somos nós que devemos nos mobilizar pessoalmente para superar as dificuldades das agendas de atendimento, se queremos realmente fazer. Uma solução que propomos é que as agendas deveriam ter uma programação que incluísse o matriciamento, mas com uma certa disponibilidade para situações imprevistas, como uma visita domiciliar inesperada, por exemplo. Percebemos especificamente a saúde mental como constantemente ter que se haver com situações imprevisíveis, e que as agendas muito fechadas dificultam solucionar essas situações. Nesse caso, achamos que os profissionais de saúde mental alocados na atenção básica não deveriam ter agenda de atendimentos, mas seu trabalho deveria ser mais voltado para um trabalho comunitário, de prevenção e promoção de saúde.

A perspectiva de que o matriciamento seja incompatível com atendimentos de núcleo dos profissionais entra em conflito com a dimensão assistencial do apoio matricial, em que o apoiador matricial deve disponibilizar parte de seu horário para a assistência em seu núcleo de saber (CAMPOS, 1999).

O matriciamento em saúde mental foi destacado como voltando a fazer parte das discussões entre gestores, trazendo-a como parte do processo de trabalho em saúde. Esse destaque para a saúde mental já havia acontecido em outro momento histórico, lembraram os apoiadores matriciais, quando foram estabelecidos pactos entre os gestores, em todos os níveis de gestão, e os trabalhadores de saúde mental para a implantação da diretriz do apoio matricial. Assim, trabalhar com questões de saúde mental passou a fazer parte do processo de trabalho das equipes de AB, e que parece estar se retomando em Campinas, segundo os apoiadores matriciais.

Entretanto, para os próprios gestores, há um indicativo de UBS mais fáceis e mais difíceis de se realizar o apoio matricial, o que preocupa os apoiadores quanto às ‘mais difíceis’, pois temem que haja desassistência nessas unidades. Mas afirmam que, com o matriciamento presente nos processos de trabalho, o risco de desassistência às pessoas com questões relacionadas à saúde mental tem diminuído. Ou seja, o matriciamento em saúde mental, aliado a investimentos da gestão para que aconteça de fato, mostra-se importante para garantir que a assistência aos portadores de transtornos mentais faça parte do cotidiano de trabalho das equipes de AB, mesmo

que haja diferenças na atenção prestada pelas unidades.

O processo de trabalho do matriciamento é bastante sensível ao contexto da saúde pública em Campinas, como a falta de RH, o aumento de pessoas que utilizam o SUS e a epidemia de dengue. Esses três eventos, ou fatores, fazem com que o apoio matricial deixe de ser prioridade, e a necessidade de atender as pessoas se impõe inviabilizando uma possibilidade de escolha entre atender e matricular. A sobrecarga de membros da equipe gerada quando alguém sai para o matriciamento é sentida, e o tempo dispendido para o apoio matricial não é percebido como parte do trabalho. Talvez isso signifique que ‘trabalhar’ esteja identificado com realizar os procedimentos característicos do núcleo de cada profissional, e de um processo de trabalho caracterizado pela produtividade. É difícil mensurar as ações de apoio matricial, pois não existe essa atividade nas planilhas de produção ou disponibilização de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para pagamento dessa atividade. Há uma narrativa que evidencia esse conflito para os próprios matriciadores, que relata sua expectativa de que o curso possa dar subsídios teóricos para fundamentar a prática do apoio matricial, como forma de justificar suas ações de apoio matricial como trabalho.

Diante desse dilema, matricular ou atender, para um de nós o curso apareceu como uma tentativa de compreender o matriciamento teoricamente. Nós precisamos compreender melhor o que é matriciamento, pois muitas vezes nosso discurso nem sempre corresponde à prática.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de indagações iniciais da experiência de trabalho em saúde com o apoio matricial no SUS, buscamos responder se o apoio matricial, como estratégia de intervenção no cotidiano dos trabalhadores de saúde, tem contribuído para a produção de sujeitos com maiores graus de autonomia entre os trabalhadores do SUS Campinas. Justifica-se pela relevância social do processo de trabalho em saúde como produtor de valores de uso, e de sujeitos e subjetividades, quer sejam trabalhadores, usuários ou gestores, o que por sua vez repercute na qualidade do cuidado prestado nos serviços.

Os resultados da presente investigação demonstraram que o apoio matricial é uma importante ferramenta para a constituição de maior autonomia nos processos de trabalho em saúde em Campinas, com valores como a liberdade de criação e de ação bastante presentes no cotidiano da maior parte dos apoiadores matriciais. Desde sua implantação, num momento histórico que favoreceu a implementação de políticas públicas de saúde alinhadas aos princípios e as diretrizes que fundamentam o SUS, como a integralidade e a participação crítica dos trabalhadores nos processos de produção de saúde, o apoio matricial vem colaborando de forma ativa na constituição de processos de trabalho que exigem que os trabalhadores se impliquem com essas diretrizes e com a produção de saúde.

Os resultados evidenciaram que o apoio matricial possui uma função esclarecedora sobre a interação e responsabilidade de cada elemento na produção do cuidado, ampliando as possibilidades de ação. Ao romper com a rigidez de protocolos, possibilita liberdade para a criatividade na proposição de novas abordagens para o cuidado dos sujeitos e suas necessidades.

As narrativas mostraram que o apoio matricial criou, e conseguiu manter concepções importantes para a realização de seu trabalho, como o fortalecimento dos encontros entre os apoiadores e equipes, tidos como os momentos privilegiados para a análise dos problemas de saúde dos territórios singulares e a elaboração de estratégias, também singulares, para o enfrentamento desses problemas, constituindo-se em redes de atenção, formais e/ou informais. A formação de redes de cuidado à saúde não depende exclusivamente do apoio matricial, embora a pesquisa tenha mostrado que este influenciou positivamente para que se fortalecessem e

fossem valorizadas institucionalmente.

Os conflitos vivenciados na relação com a gestão apresentaram-se como uma fragilidade importante para o apoio matricial. O trabalho desenvolvido no apoio matricial foi percebido como muito dependente das posturas individuais de coordenadores de unidades, mais ou menos identificados com as diretrizes políticas, e essa questão não se coloca no cotidiano de trabalho como um problema a ser analisado. Além disso, a própria gestão municipal se mostra distanciada do processo de trabalho no apoio matricial, fazendo com que os apoiadores matriciais se percebam ora como responsáveis, ora como alheios aos processos de gestão.

Contraditoriamente, apesar das dificuldades institucionais atuais para sua efetivação e implantação mais abrangente, os resultados nos mostraram que as práticas de apoio matricial permanecem principalmente por iniciativas locais de alguns gestores e trabalhadores, reconhecendo sua potência para o desenvolvimento de ações em saúde mais eficazes e para maior satisfação dos trabalhadores com seu trabalho. Se o apoio matricial se propõe a criar novas formas de relação entre os profissionais e os diferentes serviços da rede, os resultados do presente estudo evidenciaram que o protagonismo e a responsabilidade dos matriciadores pela condução das discussões e encaminhamento dos casos em grande medida tem alcançado resolutividade, cumprindo, portanto, seu papel.

No entanto, cabe destacar a fragmentação presente em vários âmbitos do processo de trabalho em saúde, especialmente no cuidado à saúde. Apesar dos esforços dos matriciadores, a lógica dos encaminhamentos como transferência de responsabilidade pelos casos sem corresponsabilização ainda é bastante frequente. Esse fato demonstra que a prática cotidiana dos profissionais de saúde é determinada por processos que, ao contrário do que está preconizado nas políticas de saúde, orientam a fragmentação das ações de saúde. A formação dos profissionais de saúde é fortemente influenciada pelo positivismo e modelo hegemônico biomédico, e a própria institucionalização do SUS não superou formas de gestão que desqualificam a potência criativa dos gestores e trabalhadores e a constituição de sujeitos, sejam indivíduos ou coletivos. Além disso, os trabalhadores não se implicam como poderiam na formulação das políticas, restringindo-se à realização de procedimentos.

O modo de fazer o apoio matricial está, em si, carregado de contradições. Enquanto alguns apoiadores relataram potencial para construir conjuntamente modos de organizar seus processos de trabalho e ampliação de autonomia, outros

demonstraram dificuldades para garantir os encontros com as equipes, tendo as demandas definidas pelos coordenadores das unidades, na maior parte das vezes com a única intenção de aliviar a lista de espera para a especialidade.

A pesquisa nos mostrou que há um anseio por formas de trabalho que proporcionem maior liberdade para os trabalhadores em suas ações, e que eles esperam poder articular-se melhor entre si e entre os serviços, constituindo uma rede de verdade, e que há uma estreita relação entre ter mais liberdade e sentir-se integrado, remetendo à ideia de coletivo, vendo no apoio matricial um modo de atender a esse anseio. Contudo, também estão em permanente interação e conflito com elementos opostos a eles, como o distanciamento dos processos de gestão, revelando que o apoio matricial em Campinas está atravessado por forças e potencialidades diversas e contraditórias, e o reconhecimento dessa dinâmica é, na realidade, a verdadeira potência do apoio matricial.

Um diferencial entre os apoiadores é que procuram fazer com que seu desconforto, sua angústia, se transforme em força motriz para a mudança, tentando não se deixar paralisar diante dos desafios, reconhecendo que o momento atual é uma continuidade histórica de outros momentos, e que os desafios vivenciados agora são próprios deste momento. Se não há um modelo de apoio matricial *a priori*, podemos reconhecer, a partir dos resultados, que temos de valorizar a indeterminação dos processos de matriciamento que ocorrem no cotidiano, sendo que isso não revela sua fraqueza, mas sua potência na construção da organização de modelos de atenção à saúde.

Finalmente, respondendo à questão colocada por esta dissertação, qual seja, a influência do apoio matricial sobre a produção de processos de trabalho em saúde não alienados em Campinas/SP, tem cabido também aos apoiadores matriciais um papel de "desconstrução" de modos fragmentados de produção de cuidado em saúde. Há que se reconhecer os limites de tal responsabilidade, visto que, como já apontado na introdução, as relações sociais são alienadas de seus produtores. As práticas de saúde, portanto, também estão subordinadas à dinâmica de acumulação própria do capitalismo, refletindo diferenças nos processos de saúde-doença-cuidado diferentemente de acordo com a inserção de cada um no modo de produção. Então, mesmo que seja para alavancar o desenvolvimento humano, a alienação estará presente no trabalho em saúde como custo necessário nesta relação de produção. Por outro lado, e concomitantemente, os processos de trabalho interprofissional e o

protagonismo dos matriciadores ao propor espaços de corresponsabilização, implicação na busca por resolutividade dos casos e questões trabalhadas conjuntamente fomentam, ainda que sem se dar conta, um modo de trabalho “menos alienado”, ou “não-alienado”. As contradições apontadas são, mais do que obstáculos, a evidência de que só é possível transformar o que houver para ser transformado, e que o apoio matricial não pretende eliminar as contradições ou oposições, mas mergulhar nelas, mantendo sua dimensão instituinte e criadora.

Coerente com essa afirmação, não tínhamos com esta pesquisa a pretensão de definir o modo ideal, ou definitivo, de realizar o processo de trabalho do Apoio Matricial, mas sim mostrar como acontece no cotidiano do trabalho em saúde, sem assumir o compromisso de responder a um jeito certo de fazer. Nossos resultados apontaram para a necessidade de maiores investimentos institucionais no apoio matricial como política efetiva de ampliação de compromisso, autonomia dos trabalhadores e de processos de cogestão.

7. REFERÊNCIAS

ALEXY, R. Direitos fundamentais no estado constitucional democrático: para a relação entre direitos do homem, direitos fundamentais, democracia e jurisdição constitucional. R. Dir. Adm., Rio de Janeiro, 217, pp. 55-66, 1999.

ANTUNES, RLC. Os sentidos do trabalho : ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª ed. 10ª reimpr. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

BONDÍA, JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação, 19, pp. 20-8, 2002.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 19 out. 2014.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília. 1990b.

_____. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

_____. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. 110p.

BRITO-SILVA, K; BEZERRA, AFB; TANAKA, OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface-Comunicação Saúde Educação, v.16, n.40, pp. 249-59, 2012.

CAMPINAS. Programa Paideia. Secretaria Municipal de Saúde, 2001. Disponível em: <<http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

_____. Estrutura do SUS – Campinas. [Site] Secretaria Municipal de Saúde.

Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em 18 out.2015

CAMPOS, GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Editora HUCITEC, 1992.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, pp. 393-403, 1999.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, pp. 219-230, 2000.

_____. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, (Sup), pp. 1865-74, 2007.

_____. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. *Saúde debate*, v.33, n.81, pp. 47-55, 2009.

_____. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

CAMPOS, GWS; CUNHA, GT; FIGUEIREDO, MD. Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. 408 p.

CAMPOS, GWS; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.2, pp. 399-407, 2007.

CAMURI, D; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, v.19, n.4, pp. 803-13, 2010.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, pp.1400-10, 2004.

CECÍLIO, LCO. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.11, pp. 2893-902, 2012.

CECILIO, LCO; MERHY, EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. pp. 197-210.

CHIAVERINI, DH. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde : Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CUNHA, GT; CAMPOS, GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, v.20, n.4, p. 961-70, 2011.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5ª ed. ampl. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

_____. *A banalização da injustiça social*. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 160 p.

DESLANDES, SF; GOMES, R; MINAYO, MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Edição digital. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FERNANDES, J. A. *Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas*. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2014.

FIGUEIREDO, MD. *Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas*. UNICAMP. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, MD; ONOCKO CAMPOS, RT. *Saúde mental na atenção básica á saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?* *Ciência & Saúde Coletiva*,

v.14, n.1, p. 129-38, 2009.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.3, p. 743-52, 2009.

FLEURY, S; OUVENERY, AM. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L, et al. (Orgs.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Cap. 1, p. 25-57.

FRANCO, T. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, TB; MERHY, EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. 1ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. pp. 226-42

FRANCO, TB; MERHY, EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v.6, n.2, pp. 151-63, 2012.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L, et al. (Orgs.) *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. pp. 493-545

GOMES, RM. Humanização e desumanização no trabalho em saúde: algumas contribuições conceituais para uma análise crítica. In: PASSOS, RN; GOMES, RM. *Capitalismo e saúde [livro eletrônico]*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GOMES, VG. Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. Monografia (Aprimoramento em Saúde Mental e Gestão) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

GOUVEIA, R; PALMA, JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos Avançados*, v.13, n.35, p. 139-46, 1999.

LUZIO, CA; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.20, p. 281-98, 2006.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. *Fundamentos de metodologia científica*. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARX, K. Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Boitempo, 2008.

MARX, K.; ENGELS, F. A ideologia alemã. Tradução de Luis Claudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MATOS, AG. Alienação no serviço público. Psicologia: Ciência e Profissão, 14, 1994. 28-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931994000100006&lng=en&tlng=pt>. 10.1590/S1414-98931994000100006.>. Acesso em: 29 outubro 2013.

MERHY, EE. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, TB; MERHY, EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. pp. 172-82.

MERHY, EE; FRANCO, TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, TB; MERHY, EE. Trabalho, Produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. pp. 138-48.

MINAYO, MCS. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, MCS; ASSIS, SG; SOUZA, ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. pp. 19-51.

MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª. ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2014.

MINAYO, MCS et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, MCS; ASSIS, SG; SOUZA, ER. (Orgs.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. pp. 71-103.

NASCIMENTO, CC. Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

NAVARRO, VL; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. Psicologia & Sociedade, v.19, Edição Especial 1, p. 14-20, 2007.

NORONHA, JCD; LIMA, LDD; MACHADO, CV. O sistema único de saúde - sus. In: GIOVANELLA, L, et al. (Orgs.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. pp. 365-393.

OLIVEIRA, MAC; EGRY, EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev. Esc. Enf. USP, v.34, n.1, pp. 9-25, 2000.

OLIVEIRA, MM. Apoio matricial na atenção básica de Campinas: formação e prática. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2014.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, GWS. Saúde Paidéia. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. pp. 122-49.

ONOCKO CAMPOS, RT; CAMPOS, GWS. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, GWS, et al. (Orgs.) Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Editora HUCITEC, 2012. pp. 719-38.

ONOCKO CAMPOS, RT; FURTADO, JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Revista de Saúde Pública, v.42, n.6, pp. 1090-96, 2008.

PAIM, JS. O que é SUS [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIM, JS; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública, v.32, n.4, pp. 299-316, 1998.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v.1, n.1, pp. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, LB. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, IB; LIMA, JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. pp. 320-28.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. Cadernos IPPUR, Rio de Janeiro, Ano XIII, n.2, pp. 15-26, 1999.

TAYLOR, FW. Princípios de administração científica. Tradução de Arlindo Vieira Ramos. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 1990.

VASCONCELOS, CM; PASCHE, DF. O sus em perspectiva. In: CAMPOS, GWS, et al. (Orgs.) Tratado de saúde coletiva. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Editora HUCITEC, 2012. pp. 559-90.

WESTPHAL, MF. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista. Tese (Livre Docência). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1992.

WORTEN, BR; SANDERS, JR; FITZPATRICK, JL. Avaliação de programas: concepção e práticas. São Paulo: Gente, 2004.

XIMENES, JM. Reflexões sobre o conteúdo do estado democrático de direito, s.d. Disponível em: <<http://www.acsmce.com.br/wp-content/uploads/2012/10/ESTADO-DE-DIREITO-E-ESTADO-DEMOCR%C3%81TICO-DE-DIREIT.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

8. ANEXOS

Anexo 1 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



AUTORIZAÇÃO 012/2015

Autorizo a realização da Pesquisa intitulada **“PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DO SUS-CAMPINAS ACERCA DO APOIO MATRICIAL E A PRODUÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO NÃO ALIENADO EM SAÚDE”**, que tem por objetivo geral compreender as percepções dos apoiadores matriciais, dos profissionais apoiados e de gestores acerca da influência do apoio matricial sobre a produção de processos de trabalho não alienados em Campinas, SP.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, junto a profissionais do SUS Campinas participantes do Curso de Especialização em Apoio Matricial, da Unicamp, profissionais que participam de ações de matriciamento e gestores das unidades de saúde, às quais os profissionais estejam vinculados, sob a orientação de Daniele Sacardo Nigro.

Campinas, 06 de março de 2015


Cármino Antônio de Souza
Secretário Municipal de Saúde

Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Percepções dos trabalhadores do SUS-Campinas acerca do apoio matricial e a produção de processos de trabalho não alienado em saúde.

Pesquisador: Daniel Goulart Rigotti

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39816914.4.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.016.685

Data da Relatoria: 23/03/2015

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa pretende analisar as percepções dos trabalhadores e gestores do SUS-Campinas acerca dos processos de alienação do trabalho em saúde e se o Apoio Matricial tem influenciado na produção de trabalho não alienado e com maior capacidade de gerar autonomia entre os trabalhadores. Será um estudo de abordagem qualitativa, com dados coletados por grupos focais com trabalhadores alunos do Curso de Especialização em Apoio Matricial da UNICAMP, e entrevistas com gestores do SUS-Campinas. Os grupos focais e as entrevistas serão gravados e transcritos para posterior análise dos dados. A análise dos dados seguirá a metodologia da elaboração de narrativas por triangulação dos dados. Espera-se que esta pesquisa possa evidenciar se a prática do Apoio Matricial, da forma como é percebida pelos trabalhadores, de fato revela compreensão por parte de seus executores do que está preconizado pela política atual do Ministério da Saúde, e se é realmente uma ação que produza trabalho não alienado em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as percepções dos apoiadores matriciais, dos profissionais apoiados e de gestores

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.016.685

acerca da influência do apoio matricial sobre a produção de processos de trabalho em saúde não alienados em Campinas/SP.

Objetivo Secundário:

- Identificar e descrever as potencialidades e fragilidades do apoio matricial para a organização do processo de trabalho em saúde na perspectiva dos trabalhadores e gestores do SUS Campinas, SP;
- Analisar se o apoio matricial tem contribuído para a ampliação da autonomia no trabalho em saúde em Campinas, SP, a partir das percepções dos trabalhadores e gestores acerca desta diretriz.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não apresenta quaisquer riscos ou prejuízos previsíveis aos sujeitos participantes.

Benefícios: Não apresenta quaisquer benefícios diretos aos sujeitos participantes.

A pesquisa pretende traçar um panorama de eficiência e um dos preceitos básicos do SUS, usando como voluntários, gestores deste sistema em Campinas. A pesquisa é relevante e tem objetivos bem definidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador apresentou as seguintes informações e termos obrigatórios:

- Autorização do secretário de saúde de Campinas. Vide item "Conclusões ou pendências".
- PB com adequações.
- TCLE com adequações.
- Carta do secretário de saúde de Campinas autorizando especificamente a realização do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE e a carta de autorizando o projeto estão adequados.

O Cronograma na PB também está adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências impeditivas para aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.016.685

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.016.685

CAMPINAS, 09 de Abril de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **Percepções dos trabalhadores dos SUS Campinas acerca do Apoio Matricial e a** **produção de processos de trabalho não alienado em saúde**

Daniel Goulart Rigotti

Número do CAAE: 39816914.4.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

A pesquisa tem como objetivo compreender as percepções dos apoiadores matriciais e de gestores acerca da influência do apoio matricial sobre a produção de processos de trabalho em saúde não alienados em Campinas.

A pesquisa tem também como objetivos específicos: a) identificar e descrever as potencialidades e fragilidades do apoio matricial na perspectiva dos trabalhadores e gestores do SUS Campinas, SP; e b) analisar se o apoio matricial tem contribuído para a ampliação da autonomia no trabalho em saúde em Campinas, SP, a partir das percepções dos trabalhadores e gestores acerca desta diretriz.

Procedimentos:

Para a coleta de dados serão utilizados: grupos focais com apoiadores matriciais e entrevistas semiestruturadas com gestores. Os grupos focais serão realizados no Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, com a expectativa de até duas horas de duração. As entrevistas serão realizadas no próprio ambiente de trabalho dos entrevistados, com expectativa de cerca de duas horas de duração.

Os grupos focais e entrevistas serão áudio-gravados. A transcrição das gravações respeitará a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas, assim como a descrição do que for observado.

Desconfortos e riscos:

Não há riscos previstos para os sujeitos participantes dessa pesquisa, mas você **não** deve participar deste estudo se não se sentir à vontade, por qualquer motivo, para responder às entrevistas ou participar do grupo focal.

Benefícios:

Não há benefícios diretos aos sujeitos da pesquisa por sua participação nela. Como benefícios indiretos para os sujeitos e a coletividade, esta pesquisa pretende produzir conhecimento para a melhoria da qualidade da assistência prestada no SUS.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Rubrica do(a) Participante

Rubrica do Pesquisador

Ressarcimento:

Não haverá ressarcimento de quaisquer despesas que os sujeitos vierem a ter decorrentes desta pesquisa, visto que a coleta de dados será no local do curso e/ou de seu trabalho, durante horário dos mesmos.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador Daniel Goulart Rigottti, pelos telefones (19) 98136-1702 ou 3521-8036, ou pelo e-mail dgrigotti@gmail.com, ou com Daniele Sacardo Nigro, orientadora, pelo fone (19) 3521-8036, Departamento de Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante

Assinatura do(a) participante

Data: ____/____/____.

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

(Assinatura do pesquisador)

Data: ____/____/____.

Anexo 4 – Questionário Apoio Matricial**QUESTIONÁRIO APOIO MATRICIAL**

Data de preenchimento: _____

Município: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Data de Nascimento: _____

Cargo para o qual foi contratado: _____

Função atual: _____

Área em que desenvolve Apoio Matricial - Pode escolher mais de uma alternativa:

() Saúde Mental () Reabilitação () Saúde da Mulher () Práticas Integrativas

() Segurança Alimentar () Outra(s)/Qual(is) _____

Você desenvolve Apoio Matricial a partir do:

() NASF () CAPS () Centros de Referência () Policlínicas () CEO

() Centros de Convivência () OUTRO(S) QUAL(is) _____

FORMAÇÃO

1) Graduação

Curso: _____

Instituição de ensino: _____

Ano de conclusão: _____

Caráter da instituição: () público () privado () outro: Qual? _____

2) Durante a graduação teve disciplinas/estágios em serviços de Saúde Pública/Saúde Coletiva? () Sim () Não

3) a) Cursou alguma pós-graduação? () Sim () Não

b) Se SIM, cite qual(is) :

b1) Modalidade (aprimoramento, especialização, mestrado, residência etc): _____

Curso/Área: _____

Instituição de ensino: _____

Ano de conclusão: _____

Caráter da instituição: () público () privado () outro: Qual? _____

b2) Modalidade (aprimoramento, especialização, mestrado, residência etc): _____

Curso/Área: _____

Instituição de ensino: _____

Ano de conclusão: _____

Caráter da instituição: () público () privado () outro: Qual? _____

b3) Modalidade (aprimoramento, especialização, mestrado, residência etc): _____

Curso/Área: _____

Instituição de ensino: _____

Ano de conclusão: _____

Caráter da instituição: () público () privado () outro: Qual? _____

CARGO ATUAL

4) Instituição empregadora () Prefeitura () OS () Outra/Qual? _____

5) Forma de contratação em seu cargo atual:

() CLT () Estatutário(a) () Outro/Qual? _____

6) Carga horária: _____ horas semanais

7) A seleção para seu cargo atual incluía questões sobre Saúde Pública/ Saúde Coletiva?

() Sim () Não () Não Sei/Não lembro

8) A seleção para seu cargo atual incluía questões sobre Apoio Matricial?

() Sim () Não () Não Sei/Não lembro

9) Foi informado que as atividades de Apoio Matricial estavam entre as funções a serem exercidas no seu cargo atual? () Sim () Não () Não Sei/Não lembro

10) Era exigida alguma formação/experiência profissional em Apoio Matricial ou em Saúde Pública/ Saúde Coletiva para se candidatar ao cargo atual?

() Sim () Não () Não Sei/Não lembro

11) a) Teve alguma experiência profissional na área da saúde anterior ao cargo atual?

() Sim () Não

b) Se SIM, destaque até três que considere mais significativas:

1. _____

2. _____

3. _____

12) Exerce alguma outra atividade profissional no momento, além de seu cargo atual?

() Sim () Não Qual(is)?: _____

APOIO MATRICIAL

13) Há quanto tempo desenvolve atividades de Apoio Matricial?(em meses) _____

14) Do total de horas para o qual você foi contratado, quantas horas semanais você dedica às atividades de Apoio Matricial? _____(horas apoio)

15) Qual foi a forma de ingresso em sua função de Apoio Matricial?

() concurso () processo seletivo () indicação () pactuado na equipe

() outro/qual _____

16) a) Possuiu alguma experiência com Apoio Matricial antes?

() Sim () Não

b) Se SIM, destaque até três que considere mais significativas:

1. _____

2. _____

3. _____

17) a) Você conhece algum documento oficial (da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e/ou do Ministério da Saúde) que oriente as tarefas do Apoio Matricial? () Sim () Não

b) Se SIM, como você o avalia:

() Pouco adequado () Adequado () Muito adequado

18) a) Você recebeu alguma formação da Secretaria Municipal de Saúde para desenvolver o trabalho de Apoio Matricial? () Sim () Não

b) Se SIM, como você a avalia:

() Pouco adequada () Adequada () Muito adequada

19) Você oferece atividades de Apoio Matricial para quantas Equipes de Referência atualmente? _____

20) Com que frequência você desenvolve atividades de Apoio Matricial: ()

21) Qual é a composição da sua equipe de Apoio Matricial? (Cite as categorias profissionais e a quantidade de componentes de cada categoria profissional que vão com você realizar Apoio Matricial às Equipes Apoiadas) _____

22) Quais são as formas das equipes apoiadas acionarem o seu suporte enquanto Apoiador Matricial? Pode escolher mais de uma alternativa.

() definição de agenda pela Gestão

() definição de agenda pactuada entre Apoiador e Equipe Apoiada

() solicitação de apoio eventual mediante demanda da Equipe

() Outros. Quais: _____

23) a) Há critérios definidos para a escolha dos casos que necessitam do Apoiador Matricial? () Sim () Não

b) Se SIM, quem construiu esses critérios? Pode escolher mais de uma alternativa.

() O Apoiador Matricial de forma independente

() O Apoiador Matricial junto à Equipe Apoiada

() O Apoiador Matricial junto à Gestão

() A Equipe Apoiada

() A Gestão

() Não sei informar

24) Assinale os instrumentos/ferramentas que utiliza nas suas atividades de Apoio Matricial.

Pode assinalar mais de uma alternativa:

() Discussão de casos

() Construção de Projeto Terapêutico Singular com a Equipe Apoiada

() Intervenções conjuntas com profissionais apoiados (grupos, visitas domiciliares, consultas etc)

() Assistência direta a usuários indicados pela Equipe Apoiada

() Atividades de formação para as Equipes (atualização temática, discussão de protocolos)

() Tele Apoio (telefone, e-mail, Skype)

() Projetos de saúde intersetoriais no território

() Outros. Quais? _____

25) a) Você recebe alguma forma **contínua** de supervisão ou apoio para desenvolver as atividades de Apoio Matricial? () Sim () Não

b) Se SIM, como você avalia:

() Pouco adequada () Adequada () Muito adequada

26) Para o desenvolvimento das atividades como Apoiador Matricial, como você avalia a importância dos seguintes processos de formação (Avalie hipoteticamente aqueles que você não recebeu).

	POUCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUITO IMPORTANTE	NÃO SE APLICA
Graduação				
Pós-Graduação				
Educação permanente				
Supervisão ou apoio às atividades de Apoio Matricial				
Prática Profissional anterior ao Apoio Matricial				
Prática Profissional dentro do Apoio Matricial “aprender fazendo”				
Outra atividade/qual(is) _____				

27) Existe algum processo de avaliação que envolva suas atividades desenvolvidas de Apoio Matricial? (formal/informal, sistemático, periódico, de processo, entre outros)

() Sim () Não

28) Cite até três resultados positivos do seu trabalho de Apoio Matricial _____

29) Cite até três dificuldades no seu trabalho de Apoio Matricial: _____

30) Cite até três medidas que você acredita que favoreceriam o seu trabalho do Apoio Matricial: _____

AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

9. APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro Grupo Focal Apoio Matricial

Tema: Concepção processo saúde-doença-atenção

- Perguntas disparadoras:
 1. Como vocês entendem o processo saúde-doença?
 2. Como vocês ligam o processo saúde-doença com o trabalho de vocês?
- Elementos esperados nas respostas:
 - determinantes, autonomia, integralidade, significado em relação ao sujeito, atenção. Clínica: escuta, ação e como apoio.

Tema: Práticas de Apoio

- Perguntas disparadoras:
 1. Qual o papel do Apoio dentro do processo saúde-doença?
 2. E como tem sido a prática do Apoio?
- Elementos esperados nas respostas:
 - como percebem o contexto de Campinas e também como eles fazem o Apoio no cotidiano do trabalho; dificuldades no contato com as equipes; estratégias que mais utilizam; como é feita a discussão de caso (periodicidade, atores, compartilhamento, corresponsabilização, se há construção de PTS e como isso se dá); se há a participação de outros serviços e setores na construção do PTS; critérios para decidir se o paciente continua sendo acompanhado na Equipe de Referência ou se passa a ser acompanhado apenas pelo Apoio ou se o Apoio ajuda a definir prioridades para o atendimento na Rede; proporção entre número de Equipes de Referência e Apoiadores/Regionalização (vinculação); como integram Assistência e Apoio no cotidiano de trabalho; objetivo do Apoio: fila de espera, articulação para o cuidado, priorização dos casos; formas de contato (presencial, telefone...); recursos; relação entre as dimensões Apoio técnico, Apoio pedagógico, Apoio Assistencial; função política do Apoio; ajudar a equipe a organizar o trabalho; como lidam com o conflito; relação com o gestor; se existe algum espaço para discussão da prática deles no Apoio.

Apêndice 2 – Quadro de Núcleos Argumentativos por Eixos Temáticos

<p>Autonomia:</p> <p>Individual</p> <p>Grupo/Equipe</p> <p>Encontro produzindo autonomia</p>	<p>“... eu me coloquei a disposição do CS pra fazer algumas visitas pra conhecer e me coloquei também a disposição de orientações que eles tem, porque é um área bastante vulnerável, a região noroeste é uma região que tem poucos equipamentos, é a região que tem menos equipamentos de Campinas, contando com as outras regiões, e através disso assim, a gente está conseguindo, que eu <i>estou</i> matriciando eu deixei até meu celular com os agentes, são estratégias pra gente conseguir entrar e aí você consegue discutir...”</p> <p>“... aí quando eu deixei, eu <i>estava</i> no momento que era muito bom, foi muito difícil por conta disso, porque a gente estava começando a construir o grupo dentro da unidade para que a gente fizesse junto da unidade, né? ”</p> <p>“Mas daí nós tivemos a reunião de toda a equipe, colocamos a nossa intenção a nossa proposta e ficou aberto para quem quisesse participar, quem é que gostaria de estar nessa situação, né? E aí apareceram, né? Pessoas que fizeram diversas perguntas, queriam saber, né? O que estou imaginando ou não, e aí ia caminhar pela agente mesmo, que era a pessoa que estava disponível para participar disso. ”</p> <p>“Atualmente eu estou numa especialidade num centro de referência, então as agendas são ‘trancadas’, eu tenho que atender, então eu não tenho respaldo de tempo, né? De quem conversar, todas as vezes que a gente tem que fazer uma ação mais integrada, mais intersetorial, mas em rede, sempre empaca: ‘Ah não! Eu não posso desmarcar a agenda’, ‘Ah não! Mas eu não estou a fim’. Então é assim, vai alguém que quer fazer e vai e faz sozinho, por sua própria conta. ”</p> <p>“Dentro da nossa angústia, pensar junto, construir junto e ver o que é possível estar fazendo ali, e é isso que vejo dificuldade nesses encaminhamentos de fora, mesmo porque, apesar da dificuldade com a rede mesmo de trocar, conversar, mas a gente ainda consegue fazer alguma coisa dentro da área, agora quando parte para as outras políticas, é bem difícil. ”</p> <p>“Então eu acho que é a rede também se conhecer, porque eu acho que a partir do momento que eu conheço a realidade daquela unidade, daquele serviço eu consigo, né? ‘Olha, hoje a gente está assim’, ‘Ah! Então vamos flexibilizar, tentar que ele fique no PA mais um dia, né? ’ A gente... eu acho que isso é bacana assim, ir além do que é estabelecido que é meu e o que é dele, né? ‘Olha, até aqui eu consigo, vou conversar com a equipe’, eu acho que é isso também, né? Não tem regra, né? ”</p> <p>“Eu acho que essa questão aí, do profissional já tem essa dificuldade de enxergar dessa forma e daí com certeza também vai ter uma dificuldade de passar para o usuário esse enxergar do processo saúde-doença que aí não vai ter autonomia para ele mesmo estar criando esses caminhos, né? Saber o que que é uma necessidade e o que não é, que só vai procurar o serviço quando está doente e nunca procurar uma promoção própria, né? ”</p> <p>“Sem dúvida nenhuma esse olhar para o usuário, uma vez que</p>
---	---

voltando, né, para quem participa da consulta, já que a gente tem uma chance de discutir com ele os caminhos, né? Os trânsitos, os serviços, é, e de que ele faça parte desse processo de cuidado e autocuidado, que ele se responsabilize pela sua saúde, essa trajetória para mim é um dos objetivos. ”

“Mas eu acho que o espaço para conversar, a gente faz, né? ”

“... e eu acho que é uma prática bastante interessante, do ponto de vista de que às vezes na unidade [...], que você está inserido, você tem uma visão sobre determinado, é, problema, e aí quando você vai para o matriciamento e que você tem outras pessoas que tem uma visão diferente ou enxergam de outra forma aquilo que você vivencia, né? Abre um leque de opções muito grande para a gente voltar para a unidade e trabalhar aquela... aquele problema, aquela situação...”

“A gente foi aprendendo na raça mesmo o que que era matricular, ou como era o entendimento que a gente tinha das experiências. Então eram locais totalmente diferentes com demandas diferentes, territórios diferentes, e o que a gente fazia era tentar junto da equipe, pensar como aquele atendimento, para aquela população e para aquele local. Então foi feito as discussões dos casos, a gente tentava pensar nos casos que eram levados nas reuniões e fazer a ponte também com outras especialidades, né? ”

“A gente está indo junto construir um conhecimento e inclusive soluções, então a gente vai ensinar e aprender, né? E muitas coisas talvez a gente mude dentro do laboratório também em função daquilo que a gente vai estar vendo lá. Então agora eu acho que é matriciamento mesmo, né? ”

“Eu vejo mais uma coisa espontânea [...] das pessoas que estão envolvidas com o matriciamento em querer continuar. ”

“Mas a equipe poderia querer outras coisas também, e às vezes isso fica... fica no limbo, porque o gestor faz esse papel de determinar o que vai ser e, às vezes, entre a encomenda que é feita pelo apoio matricial e depois a capacidade desse apoiador também de desenvolver uma construção, desenvolver uma relação de confiança com a equipe, isso pode ficar a desejar ou pode se abrir a outras portas. ”

“E então, como que eu vou fazer isso numa unidade em que o NASF está nas reuniões semanais, estamos fazendo junto ali dos outros profissionais, e nas outras unidades quando eu vou de vez em quando para discutir uma questão específica, então também tem essa questão de como não ser um intruso, como não ser um interventor, de ir lá mesmo para compartilhar os problemas e pensar junto as saídas. ”

“... não saiu [...] a capacitação, daí a demanda de um distrito era especificadamente tão grande para [...] esse conhecimento, que a gente acabou propondo como uma oferta de apoio matricial, que eu acho que é até mais interessante, porque a gente tem mais liberdade para compor de outro jeito o trabalho. ”

“Então estou indo individualmente nos contatos que faço por telefone, e [me] disponibilizando, porque assim, algumas pessoas

têm me procurado, mas também por iniciativa própria, pessoal, né? ”

“Mas no matriciamento as discussões de caso têm sido muito tranquilas. A gente acaba tirando uma solução e eles mesmos acabam, a gente começa discutindo e daí a gente: ‘Ah! Então vamos fazer isso, fazer isso...’, e vão surgindo ideias ali na própria discussão de caso, e não necessariamente para o CAPS, mas na maioria das vezes quem tá com essa solução é o próprio centro de saúde, só com a discussão, com o conhecimento que eles têm da saúde da família de como lidar com isso. ”

“Eu acho que espaço para discutir tem, agora, o fechamento da agenda é o que eu falei, quando a pessoa quer, as pessoas interessadas sempre dão um jeito, apesar da agenda, de discutir e daí a gente encontra o obstáculo para fazer, tem ideia, a gente quer fazer, mas é difícil por conta desse engessamento. ”

“A gente que faz... é que eu fico nessa ideia também que fazer o apoio matricial ele é muito, parece que tem uma política voltada para isso baseada nos esforços individuais de cada um, quanto cada um vai querer cavar aquele espaço naquele local de trabalho vai querer dar certo assim”.

“É, e eu acho que também é se dispor, né? Vai da disponibilidade de cada profissional mesmo, né? Diferente de você ficar só operando o telefone, passando caso ou via papel de transferência [referência] e de contratransferência [contrarreferência]”.

“A gente ouviu direto relatos de colegas de unidades falando: ‘Ah! A coordenadora não libera agenda’. Depender da liberação da agenda já é uma distorção enorme, né? Ahn, mas, por exemplo, a estratégia que eu estou tentando para superar a dificuldade atual é o contato individual”.

“Eu tinha um compromisso periódico com os pediatras daquela unidade para que a gente pudesse conversar sobre o que aparecesse para eles, sobre o que eles precisassem que a gente conversasse, e a gente começou a construir um projeto do apoio: o que que a gente quer fazer aqui, o que que vocês querem conversar e isso passava [...] pelo desenvolvimento da linguagem para que eles pudessem qualificar melhor essa área dentro da assistência deles, né? ”

“Eu acho que a compreensão de saúde-doença é um desafio à integralidade, com a subjetividade e a integralidade, o sujeito pode estar temporariamente afetado de alguma maneira, mas aquilo pode não atingir todas as possibilidades dele como sujeito, incapacitando ou coisas desse tipo, né? E ao mesmo tempo as circunstâncias q a gente vai ter que entender com ele, por que aquilo exige cuidado para a vida, né? Toda a vida se ele quer preservar a saúde, né? E como isso pode ser conquistado, como é que vai ser alcançado, acho que entra, como ela vem dizendo, como é que você constrói o projeto terapêutico com a pessoa, né? Que tipo de cuidado tem necessidade, né? O que que promove a saúde, o que que faz a doença aparecer com mais intensidade e como os serviços podem olhar para isso, mas eu acho que ainda é difícil para os profissionais que eles entendam que é uma pessoa inteira, ele pode ter uma formação mais focada em uma determinada área, mas não dá para imaginar o sujeito sem as outras que talvez ele não conheça tão

	<p>profundamente. ”</p> <p>“Como fazer isso é um cuidado necessário, mas, ao mesmo tempo, não posso descuidar, ou ele é uma criança ou um adolescente, que que ele entende disso, como que ele vivencia isso, como que a família lida com isso, e é necessário se a gente vai querer cuidar dele, não só nos momentos que a gente está diretamente no projeto terapêutico. ”</p> <p>“Se eu olho para a doença não faz sentido o PTS, não faz sentido o trabalhar em rede, não faz sentido nada do que a gente acredita, então a gente acredita que o processo saúde-doença que não é focado na doença, né? O processo saúde-doença acontece numa pessoa e o foco de tudo tem que ser a pessoa, não a doença que ela apresentou naquele momento aquilo tudo está sendo causado por várias instancias. ”</p> <p>“Então o que que ele está fazendo na profissão dele? Que que ele pensa que a atuação dele profissional diante de qualquer pessoa que o procure, né? O que que ele entende? De fazer medida de exame? Dar o CID? E se ele se puser do outro lado? E quando ele tiver que ser assistido por alguém? Como é que ele vai querer que aconteça isso? Então eu às vezes acho, [...] que compromisso é esse com ele mesmo? O que que ele acha que é a atuação profissional dele? O que ele pensa que é fazer aquele campo, né? Aquele núcleo, especialmente o núcleo, mas se ele parasse para pensar: "O que que eu estou fazendo?"</p> <p>“Porque, às vezes eu acho que nunca parou para pensar, e não é necessariamente a formação dele que é falha, que nunca permitiu isso, nunca favoreceu. Em algum momento eu acho que apareceu isso na frente da pessoa, né? Eu tenho minhas dúvidas aí se não é algo de natureza pessoal, né? Acho que a gente pode usar isso para esconder outras coisas, às vezes essa sensação de que assim: ‘Puxa, por que que você está fazendo desse jeito?’ Aí eu me pergunto assim: ‘Será que nunca um pediatra ouviu na formação mesmo quando ele diz a gente não estuda isso? Uma criança que não fala com dois, três anos na sua casa você estranharia?’ Então, ela pode caracterizar melhor a formação, dar mais ferramentas e tal, mas chega uma hora que você para e chega assim: ‘Independente da sua formação, você não acha que isso é estranho? E aí você vai fazer o que diante disso?’ E quando [...] as pessoas dizem: ‘Ah! Não tem fono na rede então eu não vou encaminhar’. Mas, assim, você não acha que aí precisaria de um cuidado? Deixa ver o que acontece se você encaminhar, vai ter um serviço aqui, outro ali, outro ali, mas assim, se você não encaminha, se você não acha o bom, eu não sei fazer tudo, eu não compreendo tudo, isso é fato para todos nós, eu preciso de ajuda de quem conhece isso melhor. Então eu me fico me perguntando assim, como que é essa atitude de impedir, negar, negligenciar o cuidado através de certos caminhos de certos argumentos? Me preocupa um pouco isso. ”</p>
<p>Gestão:</p> <p>Coordenadores locais determinam a possibilidade do matriciamento</p> <p>Gestão municipal omissa</p>	<p>“Então o coordenador tem que estar bem linkado. Mas eu acho que o coordenador é quem vai dizer se caminha ou não, né? Às vezes o profissional tem até vontade, mas se não são liberados e se não tem condições para, fica um pouco mais difícil. ”</p> <p>“Então quando você tem seu coordenador, né, apoiando esse projeto, é muito melhor, principalmente na questão de horário, porque em todos os lugares usam o RH e o Laboratório também. Então a</p>

demanda de serviço é muito grande e tem serviço sim, ou seja, se você tem o apoio de seu chefe para rearranjar os horários para conseguir fazer isso, sim! ”

“Eu acho que é decisivo estar próximo ao gestor, na verdade é o gestor que vai definir se vai dar certo ou não. Se ele quiser topar e achar que é importante organizar a agenda da equipe e dar espaço para que aquilo aconteça, vai! Se não for o que ele quer, o que ele está pensando praquela momento para a unidade, construção, o negócio assim enterra. ”

“Eu estava pensando na questão de o coordenador apoiar o projeto assim, não só do coordenador, mas sim para quem é apoiado também, nas experiências que a gente teve de visitar os centros de saúde. Os coordenadores que apoiavam o projeto aconteciam muito mais tranquilo, é muito mais tranquilo de receber a gente, né? No espaço onde o coordenador gestor não está presente, então é importante assim tanto na parte do coordenador quanto na parte do apoiado coordenador também assumir isso. ”

“Essa orientação de encaminhamentos, quem vai, quem vai pegar o problema que eu não estou conseguindo resolver, mas a equipe poderia querer outras coisas também, e às vezes isso [...] fica no limbo, porque o gestor faz esse papel de determinar o que vai ser e as vezes, entre a encomenda que é feita pelo apoio matricial e depois a capacidade desse apoiador também de desenvolver uma construção, desenvolver uma relação de confiança com a equipe, isso pode ficar a desejar ou pode se abrir a outras portas.”

“...porque a gente tem tanto a gestão local que ok, apoia, nós temos uma agenda fechada para isso, só que aí a gente chega na questão dos gestores de cada unidade...”

“Nossa coordenação trouxe isso, numa reunião de equipe. O que foi sinalizado nessa reunião, nessa oficina, de que o matriciamento era uma estratégia e que precisava ser, é, implementada, assim. Então eu acho que isso agora, eu acho que até para a gente, eu acho que um gás para a gente. ”

“Existia [...] uma conversa com os distritos, uma negociação, uma pactuação da equipe matriciadora que no caso era uma dupla por região, né? De Campinas mais a coordenação do programa mais a coordenação dos distritos, né? Então era uma reunião, né? Com todos os coordenadores das unidades básicas com os matriciadores e a coordenação, então era aonde era pactuado. ”

“O que a gente via muito quando a gente ia para as equipes é que apareciam as questões da gestão local, né? Os problemas das equipes, os processos de trabalho, então a gente acabava assim: a nossa oferta da especialidade de DST e AIDS, né? Da saúde sexual, a gente chegava e se deparava com outras questões que era a organização do processo de trabalho, então isso acabava desencadeando, é, outras demandas, né? Então, às vezes, a gente, né? Que tinha que fazer negociações, rediscutir no distrito. ”

“De acordo com as diretrizes do Ministério, uma equipe de NASF com cento e vinte horas de profissional, ela deve apoiar cinco equipes de saúde da família. E então, como a gente tem uma equipe só, como é que equaciona isso? Então, a gestão do Distrito junto dos gestores

locais, é, optaram por estabelecer alguns critérios e decidiram quais seriam as unidades que iriam receber o apoio. ”

“Eu tenho o retorno mais pelos coordenadores: ‘Ah! Aquele profissional agradeceu a sua ajuda, falou que conseguiu lidar com alguns casos, alguns pacientes semelhantes ele conseguiu...’. Então é assim por mais que na hora eu acabo não vendo o retorno eu acabo recebendo o retorno pelos coordenadores. ”

“Tem coordenador que me deixa muito à vontade, para conversar com os profissionais, e ver quem se interessa mais em ser matriciado pela nutrição, tem [...] coordenador que já cai direto: ‘aquele profissional de enfermagem’, só que aquele profissional da enfermagem detesta grupo e muito menos ser matriciado, então assim...”

“Então é assim, quando você pergunta do coordenador, para mim faz total diferença no meu trabalho, ‘ah! Mas ela é dentista’, é aquela que o coordenador deixou para mim e é ela mesmo que eu vou trabalhar. ”

“Ou até do próprio gestor do lugar, né? Porque às vezes tem o entendimento, né? ‘Essa missão é sua, é do CAPS, eu não tenho nada a ver com isso! ’, e daí a gente já teve problema disso em momentos, assim, difíceis assim, que se a gente continuasse, às vezes nem seria nem possível assim, então é só o CAPS que tem que fazer...”

“Assim, há uns tempos atrás, a gente já teve dificuldade nessa interação com os centros de saúde, essa articulação era o movimento da gestão. ”

“E está sendo construído passo a passo, nesse momento, é, está acontecendo por telefone a cada demanda e por contato individual, assim, estou me disponibilizando com cada contato que eu tenho, porque pela... uma ação assim constitucional do centro de saúde, da gestão, de falar ‘está no momento de mudança, de reorganização da equipe’, que está se [...] reorganizando para funcionar dentro da lógica do PSF eu acho que é um ótimo momento pra se pensar nessa reorganização, incluindo o apoio matricial”

“Hoje a gente vê que tem momentos que estão se falando de saúde mental, estão tendo mais escuta para isso, e a questão do apoio matricial também é uma coisa que está sendo mais discutida entre gestores e está sendo mais levado como um processo de trabalho, assim, você tem que encaixar isso no seu processo de trabalho, isso faz parte. ”

“Eu já tive essa dificuldade, eu acho que a estratégia que tem dado certo, é o *apoio* do Distrito estar junto, mas infelizmente, assim, a condição de um, entre aspas, de um certo modelo, deu um rumo a essa situação, tem caminhado por um diálogo melhor, né? Essa foi a estratégia, a estância máxima, outras foram tentadas, teve distanciamento, uma outra aproximação, daí não deu certo, até que o apoiador por enquanto está nas reuniões. ”

“O apoio do gestor ajuda muito, porque ele entende que isso vai estar dentro da sua grade, porque assim ainda tem gestor que fala assim:

	<p>‘mas você não vai estar dentro da unidade’; como se isso não fosse um trabalho, né? Como se você não está aqui para ajudar atender as pessoas. Não! Mas quando o gestor coloca e incentiva o trabalhador, acho que isso ajuda bastante. ”</p> <p>“Tem vários entendimentos, né? Tem vários gestores, tem gestor que não acredita nada, assim, boicota mesmo. ”</p> <p>“A gente já se desloca até o Distrito e tenta equacionar as unidades que estão lá, e a gente tem gestor que não acha aquilo importante e não manda, tem gestor que acha importante e manda com as 30 caixinhas, e não é uma questão que quer discutir ou qualificar o caso que é simplesmente, né? Ou o gestor ou o próprio profissional e daí a relação com a equipe é isso que a gente vê que tem equipe que às vezes a gente consegue um profissional que passa e daí, ou no nosso caso é centralizado numa pessoa, não é a equipe que acaba fazendo o cuidado com a criança”.</p> <p>“E aí foi uma luta assim, gigante, de briga mesmo, com o Distrito para poder não fazer mais aquele papel de..., é uma coisa que a gente vem discutindo no curso aqui: apoio matricial, não é substituição de RH, a gente não está aí só para acolher essas demandas. ”</p> <p>“Por exemplo, eu não sinto isso com o apoio do governo [...] do município. O município dizendo: ‘Oh! Isso é importante’, eu acho eles meio omissos [...] na questão deve estar fazendo...”</p> <p>“Acho que a gente teve muitas mudanças, né? Na gestão da saúde, né? Eu acho que, é, até porque mudou governo nesse período, e eu acho que isso ficou um pouco solto, né? Não tinha uma diretriz clara em relação ao matriciamento. ”</p>
<p>Fragmentação:</p> <p>Cuidado fragmentado</p> <p>Compartilhamento para diminuir fragmentação/Constituição de rede</p> <p>Isolamento por núcleo profissional</p> <p>Descontinuidade do cuidado</p> <p>Demandas sociais são mais difíceis, sem solução</p> <p>Sustenta a hierarquia: saber X não saber</p> <p>Integralidade como ideal (meta)</p>	<p>“Acho que uma <i>aproximidade</i> maior, né? Dentro da unidade, acho que mais participativo, porque eu acho que fica um pouco distante essa ajuda. ”</p> <p>“Mas às vezes tem um vício, você vai lá na hora do desespero, você vai, encaminha. ”</p> <p>“É uma coisa grave que está ali, a pessoa sabe que não vai dar conta daquilo, só que ela encaminha para outro serviço, sem se comunicar com esse serviço, pedindo um acolhimento imediato daquela situação. ”</p> <p>“...e aí o que acontece: os casos chegam para a gente lá no CAPS quando eles são acionados via Ministério Público, né? Tem a denúncia e o negócio está bombando e daí manda para o CAPS, quando a médica sai de férias, né? ”</p> <p>“A psiquiatra sai de férias, daí acessa o CAPS como se fosse o quebra galho, e aí é nesses momentos que a gente tem acesso a casos assim, gravíssimos, né? ”</p> <p>“... a gente não entende o porquê que isso não foi compartilhado com serviço...”</p> <p>“... era um caso que eu estava pedindo para discutir sobre planejamento familiar porque é um caso muito sério, toda a vez que tem um bebê e o bebê é abrigado eu não conseguia acessar e a</p>

preocupação era que logo ele iria ficar grávida de novo e começasse a mesma história assim...”

“Então eu acho que melhorou muito assim, participar das reuniões, acho importante ter uma agenda programada sim, para não ficar naquela questão do distanciamento, de chamar quanto demanda que ficou uma coisa muito empurra-empurra...”

“Não porque o papel serve para o paciente também entregar lá, a gente não vai estar junto do paciente na hora de chegar num outro serviço de especialidade, no geral seria descrever mesmo, talvez até esses papeis não sejam preenchidos corretamente com coisas exatas, né? Então seria preencher.”

“Sim... não assim um profissional específico a gente tinha uma equipe, a cardio, por exemplo, era facilmente, tinha uma agenda ampla e aberta e encaminhava vinte pacientes e em um mês o paciente tinha uma consulta com o cardiologista e voltava e, assim, esse papel de contra referência, talvez acaba se perdendo, não chegava para a gente mesmo, o paciente voltava para a próxima consulta e agente perguntava como é que tinha sido e aí anotava na ficha.”

“Tem, eu senti muita diferença, porque eu consegui entender com ele muita coisa da clínica que eu não tinha, não tenho, né? Na formação, então eu comecei a olhar de outra maneira aquele caminho, comecei a enxergar isso...”

“... que eu vou matricular, porque é assim é no Centro de Saúde por exemplo, que eu matriciei essa semana que o médico não participa da reunião de equipe, que ele vai em dias específicos que não é reunião de equipe, ele faz o papel da referência, né? Ele tem um modo próprio de trabalhar que enfim, não permite muita articulação, então é um caso específico assim, todas as vezes que eu encontrei umas barreiras foi mais com a classe médica do que com outras áreas.”

“No PA na verdade é assim, não sendo o serviço de urgência e emergência, a gente tem essa dificuldade de se relacionar com os outros serviços sim, e de dar continuidade nesse atendimento que é feito lá, não sei, parece que os profissionais que estão lá, eles têm uma leitura de que eu suturei mal, acabou meu papel, acabou aqui e acho que essa é a dificuldade que venho enfrentando...”

“... eu tenho sido essa referência de contato com a rede e aí até na próxima semana a gente vai discutir exatamente isso que quando a pessoa não está lá as coisas se perdem, né? A continuidade do cuidado não acontece, né? ”

“... então a gente vem pensando muito nisso assim, de que modo a gente prepara essa equipe, né? A gente traz essa equipe para entender isso, essa importância dessa rede, né? Por que senão não há cuidado, né? ”

“... os usuários que demandam mais, são usuários que o serviço social atende, são usuários que estão sempre lá, eles sempre voltam e aí essa coisa, e aí nunca é amarrado nos CAPS principalmente com os serviços da assistência social e enfim, a gente não realiza o

apoio matricial propriamente dito no sentido de sentar com a equipe e discutir regularmente, mas a gente tem tentado participar de alguns espaços...”

“Bem as pessoas que querem fazem umas, uns pedaços deles funcionarem assim...”

“Eu não penso nisso assim, quando o caso é meu, eu penso que o caso é nosso assim, porque aquilo não vai ser específico da mental, ali aquele sujeito quando chega ele tem um leque de coisas que você vai precisar de outros, então não dá para você pensar aquele sujeito totalmente seu assim, é da rede, né? Não só da rede de saúde ele é de dentro das políticas e eu acho que isso precisaria quando a gente sai do individual e passa a ver o usuário coletivamente, acho fica melhor até para você entender e trabalhar junto daquele sujeito, né?”

“Eu acho que isso que a P falou esse do vamos trabalhar junto, vamos ate... o cuidado compartilhado, um vocabulário bem da rede de saúde mental assim, na prática como que se dá isso eu acho que é uma dificuldade, né? De fazer esse cuidado junto, né? Em qual parte ele vai ser daqui? Porque por mais que esteja junto vai ter momento que ele vai ser daqui e vai ter momento que ele vai ser de lá, e como que a gente vai fazer isso? Né? Eu acho difícil chegar nesse combinado, né? No período desse cuidado compartilhado, digamos assim.”

“É que as vezes eu tenho a sensação de que olhamos por parte a pessoa, a gente não consegue ver ele por inteiro, acho que essa é a grande dificuldade desse compartilhamento assim, não sei!”

“Eu acho também que o serviço conhecer o outro, né? Acho que a gente faz o contato e a gente também não entende o funcionamento daquele serviço, não o funcionamento, mas como ele está naquele momento, né? Eu já fiz contato numa demanda de saúde mental mesmo que a profissional de saúde mental disse: ‘Mas pede para o seu psiquiatra avaliar’, ‘olha a gente nem tem clinico direito quanto mais um psiquiatra’. Então eu acho que é a rede também se conhecer, porque eu acho que a partir do momento que eu conheço a realidade daquela unidade, daquele serviço eu consigo, né? ‘Olha, hoje a gente está assim’, ‘Ah! Então vamos flexibilizar, tentar que ele fique no PA mais um dia, né?’ ‘A gente... eu acho que isso é bacana assim, ir além do que é estabelecido que é meu e o que é dele, né?’ ‘Olha, até aqui eu consigo, vou conversar com a equipe’, eu acho que é isso também, né? Não tem regra, né?”

“Eu acho que a compreensão de saúde-doença é um desafio à integralidade, com a subjetividade e a integralidade, o sujeito pode estar temporariamente afetado de alguma maneira, mas aquilo pode não atingir todas as possibilidades dele como sujeito, incapacitando ou coisas desse tipo, né?”

“... eu sinto uma grande dificuldade de encontrar um profissional que perceba a integralidade nas pessoas, não é assim: ‘Olha, essa é minha fatia do bolo cuido disso e pronto’, se você só cuidar disso não tem ponto final, quando a gente não vai produzir o que precisa.”

“É porque eu acho que a gente tem tanto os profissionais de saúde tem uma formação e a gente tem isso muito enraizado socialmente

assim, processo saúde-doença é contrair ou não uma doença, então a gente olha para a doença...”

“... se a gente ficar só no que a gente aprendeu na faculdade só na área, a gente não vai resolver nunca, vai ficar patinando...”

“Eu acho que as vezes a gente tem pessoas usando certas coisas em nome talvez de uma certa formação, *plus*, “olha eu não vou fazer, eu não mexo desse jeito, não é assim que eu trabalho, que eu não aprendi isso”, e eu acho que sinceramente a maioria da gente tem isso na formação, né? E eu começo a me perguntar assim: Será que não é a pessoa que está se negando a olhar o outro mesmo? ”

“Eu acho que a integralidade é, mais uma consequência, né? Com a integralidade você consegue um serviço melhor, atender melhor, ter uma resposta melhor daquele paciente também né? Eu acho que o resto é tudo consequência dessa integralidade. ”

“... esqueci o nome aqui, tem como um sinalizador, ali um caso sentinela para poder ir lá e esclarecer alguns fluxos, né? ”

“É, porque a gente nesses 2 anos e meio que eu estou, estava lá, a gente não saía da unidade, a gente ficava conversando entre nós...”

“Discussão de caso sempre tem, né? É, sempre isso aconteceu, mas da gente estar indo mesmo sem estar com as equipes e pensar, é, em propostas e, isso não teve porque a gente, estava todo mundo assim: a gente saindo do Candido, dengue, epidemia de dengue. Ninguém queria, a gente até tentou fazer uma capacitação. A gente tentou fazer ano passado uma ação de educação continuada [...], sobre lesão medular para as unidades básicas e a gente não conseguiu, porque não estava na pauta, não era prioridade. ”

“... que as vezes a gente vai num só lugar, fala de tudo lá e os profissionais não tem possibilidade de trocar com outros. Então, se o matriciador não é capaz de trazer essa experiência de outros locais, praquela equipe, aquela equipe fica estagnada, ela não conhece, ela acha que está fazendo ou às vezes não tem muita criatividade mais e pensa em coisas. Então essa questão de a gente ter espaços de troca em alguns momentos de matriciamento acho bastante legal, acho que é bom ter aquela coisa focada, mas também é legal, é, sei lá, né? [...] Aí tem que ser uma coisa mais da coordenação mesmo, que daí tira a pessoa do... da unidade, né? ”

“... éramos três profissionais, entrou mais uma e uma aposentou e continuamos em três para a referência do município para passar nos Distritos e daí a gente não faz contato com equipes, a gente faz com o profissional de uma equipe de um Centro de Saúde, né? Daí, então, esse contato para a gente fica muito defasado.”

“... a gente já se desloca até o Distrito e tenta equacionar as unidades que estão lá, e a gente tem gestor que não acha aquilo importante e não manda, tem gestor que acha importante e manda com as 30 caixinhas e não é uma questão que quer discutir ou qualificar o caso que é simplesmente, né? Ou o gestor ou o próprio profissional e daí a relação com a equipe é isso que a gente vê que tem equipe que as vezes a gente consegue um profissional que passa e daí, ou no nosso caso é centralizado numa pessoa, não é a equipe que acaba

	<p>fazendo o cuidado com a criança. ”</p> <p>“... eu recebi duas encomendas quando eu cheguei: uma que era fazer parte do NASF, que apoia uma unidade, e a outra que é como assistente social do distrito Sudoeste, apoiar as doze unidades nas questões que tem interlocução com a questão social. ”</p> <p>“Essa parte do vínculo com a equipe, de discussão de caso na equipe eles querem um especialista e ainda não querem um matriciador. E, eu também não dou conta e acho que para mim é minha dificuldade: a equipe em si. ”</p> <p>“O atendimento compartilhado no escritório com dois profissionais frente ao usuário, ele acontece mais, mas ainda timidamente, mas ele acontece mais com a psiquiatria, porque os profissionais médicos, em algumas medidas se sentem mais à vontade, quando eles precisam, para fazer junto do psiquiatra...”</p> <p>“No meu caso, sou o socorro, eu trabalho um pouco diferente do trabalho de todo mundo (risos), porque o meu não tem grupo, não tem reunião de equipe (risos), então a minha parte é mais referência e contra referência, então chega no atendimento e eu acabo referenciando para outro atendimento ou lugar, né? Que no caso seria outro atendimento social, assistente social, mas o grupo e as capacitações, essas coisas a gente não tem, né? Porque é um trabalho muito... só na urgência e emergência mesmo, né? Que acontece, e aí eu vou e encaminho. ”</p> <p>“Uma situação, tipo: um usuário do CAPS tem todas as manifestações clínicas também, precisei ir ao Centro de Saúde também, mas se não fica alguém responsável para ficar sabendo se foi na consulta, se não foi, como foi a consulta, a gente, não sei se precisa ser necessariamente um profissional do seu estado familiar, mas alguém precisa estar para ficar compartilhando com os outros serviços as intervenções que foram sendo feitas. ”</p> <p>“Agora quando é para falar assim: ‘fulano está em crise de depressão’, todo mundo (silêncio curto). E aí? Quem que abre a boca? Quem vai se habilitar! Do contrário todo mundo fica quieto mesmo. Sinto que tem muita dificuldade ainda da equipe toda, pegar o caso. ”</p> <p>“Porque eu converso com os médicos: ‘gente, vamos escrever um pouquinho de história, né? Por que que ele veio? Como ele te contou? ’ E daí como eles fazem o encaminhamento: ao CAPS – Etilismo. ”</p> <p>“Então a gente já recebeu muitos encaminhamentos do P.A. com uma palavra mesmo: ‘Ao CAPS’, uma palavra e a assinatura do médico, então é assim, e o usuário que está lá não consegue falar o que ele tem, e aí você fica, né? E aí você desconsidera: ‘então tá, vamos escutar você, vamos tentar te escutar’, mas não tem...”</p> <p>“... quando eu entrei no CAPS, quando comecei, eu me assustava bastante, porque assim, eu não era fã de saúde mental, eu vim de um Pronto Socorro, e eu caí para fazer o matriciamento de uma equipe que também estava bastante resistente e assim, ‘toma que o filho é teu! ’ E você tem que se virar, né? É aquilo, saúde mental você</p>
--	---

	<p>tem que resolver.”</p> <p>“A gente recebeu por exemplo, uma usuária que porque tinha um diagnóstico da saúde mental, ela tinha muitas necessidades do cuidado clínico, mas no entendimento de que era da saúde mental, então manda para o CAPS que cuida lá! Inclusive os cuidados feitos na unidade básica que era da saúde mental, eu acho que alinhar essas questões, dividir as responsabilidades, porque nem eles vão dar conta de tudo e nem nós vamos dar conta de tudo, então vamos ver o que que é de quem, e ver o que que a gente dá para fazer junto e o que que deve se fazer juntos...”</p> <p>“Eu acho que é compartilhar esses cuidados, no caso que a F. trouxe, a gente apresentou, é uma coisa totalmente fora do fluxo, um usuário gravíssimo que era acompanhado fora do CAPS, por dificuldade a adesão, por escolha dele, por desistência e tal, mas porque foi possível dividir essa responsabilidade, então as vezes é assim, não é só a ideia de alinhar o fluxo, é, dentro de um protocolo, mas combinar o que é possível, cuidar do que é possível...”</p> <p>“Dentro da nossa angustia, pensar junto, construir junto e ver o que é possível estar fazendo ali, e é isso que vejo dificuldade nesses encaminhamentos de fora, mesmo porque, apesar da dificuldade com a rede mesmo de trocar, conversar, mas a gente ainda consegue fazer alguma coisa dentro da área, agora quando parte para as outras políticas, é bem difícil.”</p>
<p>Processo de trabalho:</p> <p>Vínculo como produtor de corresponsabilidade</p> <p>Reuniões como espaços de fazer</p> <p>Fonte de sofrimento para o trabalho</p> <p>Elemento pedagógico do processo de trabalho</p>	<p>“No laboratório já ouve uma tentativa de matriciamento em termos mais de capacitação [...] assim, confundindo o matriciamento com uma capacitação achando que fosse um matriciamento, que é o que eu ouço de os colegas dizerem, [...] aconteceu que pela falta de vínculo acabou que não gerou resultado a longo prazo”.</p> <p>“A diferença que a gente está tentando procurar agora que é uma coisa que estabeleça realmente vínculo e coloque os profissionais do Centro de Saúde como responsáveis também por essa fase, responsáveis, especificamente eles, por essa pré-analítica, que é tão importante para o nosso trabalho de laboratório, então é trazer pra eles a responsabilidade e, vai mostrar que eles são parte da nossa equipe também, apesar de não estarem localizados junto com a gente no laboratório, mas se identificarem com a gente e com o trabalho, então essa é a diferença do matriciamento anterior que eu vejo, né? Pelo histórico que eu ouço e o matriciamento que a gente está propondo agora”.</p> <p>“A gente ia dar continuidade a essa capacitação, mas agora acho que vai ser bem melhor, você está criando um vínculo com a unidade e você não está indo lá para apontar problema: olha, você faz isso errado”.</p> <p>“E nós traçamos como uma estratégia desenvolver a relação com essa equipe a partir da entrada mesmo sistemática nas reuniões de equipe e assumir os projetos em conjunto, e depois de três anos no mesmo lugar, a gente consegue avaliar, também ter o retorno das equipes, de como foi nos receber: o início de pessoas como intrusos, né? [...] tinha um pouco de confusão, ‘essas pessoas são pessoas do Distrito que estão aqui para ver como é que a gente trabalha’. Até a gente ter realmente essa relação de confiança que é de fazer parte de algumas equipes que olham para nós hoje e dizem, ‘agora a gente</p>

	<p>entende que vocês fazem parte da nossa equipe”.</p> <p>“A estratégia que menos dá certo para mim é discussão de caso em reunião de equipe, porque eu tenho muitas e ainda não consegui formar um vínculo forte. Consegui com alguns profissionais, mas eu não consegui formar vínculo longo com nenhuma equipe específica para eu ser chamada realmente como matriciadora”.</p> <p>“Estão lá precisando de uma ajuda extrema e querem que eu chegue com a solução pronta o mais rápido que tem mais pauta hoje”.</p> <p>“Mas o apoiador, o matriciador, acaba facilitando esse processo, porque às vezes, como o nosso exemplo, de CAPS, para fazer contato com alguém do CS, quando a gente sabe, já conhece alguém daquela equipe, facilita nossa conversa, [...] pelo conhecimento das pessoas que visita.</p> <p>“E aí essas coisas, a gente fica tentando de novo, até conseguir, mas isso você tem que ter um afinamento com as equipes, para você poder fluir essas coisas assim, para poder dar certo”.</p> <p>“Com o passar do tempo a gente foi construindo esse vínculo, porque lá não tinha pessoas, mesmo as agentes que tinham muito mais para contribuir do que eu. Hoje é mais tranquilo e muito legal, porque na maioria das vezes, a gente não sai de lá com uma demanda, pelo menos na equipe que eu matricio, que também é uma equipe tranquila de um Centro de Saúde próximo da unidade, uma equipe mais tranquila em casos de urgência, mas que também vai na hora ali e resolve”.</p> <p>“A outra coisa que eu acredito que é potente é essa dimensão pedagógica do matriciamento, como que a gente transforma algumas questões ali em objeto de estudo, como é que a gente estimula a equipe para se apropriar de algumas questões. Ainda não é muito claro, mas todas as questões que relacionam a saúde e a educação, é, eu acho interessante e eu acho que para nós é um desafio sempre, procurar a dimensão pedagógica do apoio”.</p> <p>“A gente não tem muito uma forma do que é feito nossas reuniões lá no CS. Vai muito do que eles trazem de demanda, e aí a gente constrói a equipe”.</p> <p>“Geralmente numa reunião de matriciamento agendada entre as equipes, [...] se refere a um caso que ou vai ser transferido ou vai ser recebido, ou compartilhado, e aí é construído, a partir da discussão do caso, é construído o projeto terapêutico pensando nas necessidades de cuidado que tem e nos que a rede oferece”.</p> <p>“Acho que uma proximidade maior, né? Dentro da unidade, acho que mais participativo, porque eu acho que fica um pouco distante essa ajuda.”</p> <p>“Então eu acho que melhorou muito assim, participar das reuniões, acho importante ter uma agenda programada sim, para não ficar naquela questão do distanciamento, de chamar quanto demanda que ficou uma coisa muito empurra-empurra”.</p> <p>“Antes eu trabalhei num CAPS infantil num outro município [...], e eu</p>
--	---

fiquei acho que uns onze meses lá, e eu nunca fiquei numa reunião fora do CAPS assim. Enquanto em Campinas estou há um ano e meio e já participei de reuniões muito frequentes e lá eu nunca participei. Lá não tinha matriciamento, lá não tinha nada parecido assim”.

“Pelo menos para mim, enquanto matriciadora, eu estou indo meio que nessa área que não é um curso que você vem prontinho, mas você procura, é, ver a demanda, casar um pouco a demanda com a oferta, né?”

“Nós somos um serviço que funciona vinte e quatro horas, então é difícil a gente sentar com a equipe, com o plantão, uma hora a gente conversa com um e orienta um e orienta outro, então assim, é bem difícil assim, sabe? Essa questão do apoio, né? É, tem sido um desafio assim, eu tenho refletido muito e pensado assim, é, quais são as brechinhas que a gente vai entrar, porque a gente se depara com muitas outras coisas: com vontade, com interesse, né? É, enfim, disponibilidade também”.

“Eu acho que espaço para discutir tem. Agora, o fechamento da agenda é o que eu falei, quando a pessoa quer, as pessoas interessadas sempre dão um jeito, apesar da agenda, de discutir e daí a gente encontra o obstáculo para fazer, tem ideia, a gente quer fazer, mas é difícil por conta desse engessamento”.

“Ah! Sim, alguns casos vieram assim, e a neurologista específica que tem essa visão de matriciamento, ela aproveita e ela já mostrou ordens e não sei o que lá, mostrou serviço, ela, acho que também cutucou um pouco, né? E aí o serviço teve interesse de entender como a gente fazia e como funciona, né?”

“Algumas coisas, eram feitas, tipo educação continuada, que foi feito, [...] e a capacitação pra shantala, né? Para a rede. Então, algumas coisas a gente conseguia fazer”.

“Discussão de caso sempre tem, né? É, sempre isso aconteceu, mas da gente estar indo mesmo sem estar com as equipes e pensar, é, em propostas e, isso não teve porque a gente, estava todo mundo assim: a gente saindo do Candido, dengue, epidemia de dengue. Ninguém queria, a gente até tentou fazer uma capacitação. A gente tentou fazer ano passado uma ação de educação continuada [...], sobre lesão medular para as unidades básicas e a gente não conseguiu, porque não estava na pauta, não era prioridade.”

“Éramos três profissionais, entrou mais uma e uma aposentou e continuamos em três para a referência do município para passar nos Distritos e daí a gente não faz contato com equipes, a gente faz com o profissional de uma equipe de um Centro de Saúde, né? E daí então esse contato para a gente fica muito defasado”.

“A gente já se desloca até o Distrito e tenta equacionar as unidades que estão lá, e a gente tem gestor que não acha aquilo importante e não manda, tem gestor que acha importante e manda com as 30 caixinhas, e não é uma questão que quer discutir ou qualificar o caso que é simplesmente, né? Ou o gestor ou o próprio profissional e daí a relação com a equipe é isso que a gente vê que tem equipe que às vezes a gente consegue um profissional que passa e daí, ou no nosso caso é centralizado numa pessoa, não é a equipe que acaba

	<p>fazendo o cuidado com a criança”.</p> <p>“Mas ainda a gente tem que entender melhor o que que é matriciamento, porque eu vejo que muitas vezes a gente fala muito disso, mas depois na hora da prática a gente faz outra coisa”.</p> <p>“Eu acredito que falta de muito comprometimento dos profissionais; eles então tão acostumados a olhar essa questão [...] que não vão ter um olhar diferencia, sabe: ‘vamos tentar, vamos ajudar a tentar trabalhar essa questão’”.</p> <p>“Quando eu cheguei na prefeitura em abril do ano passado, em cheguei num Centro de Saúde e matriciaria mais dois, né? Só que foi feito de um jeito que eles dividiram minha carga horária. Então eu ficava doze horas num serviço e vinte e quatro nos outros dois, e eu entendi que nesse começo eu não era muito matriciadora, porque não ficava em horários que não tinha reunião de equipe e nos horários que eu estava lá não participava da reunião de equipe e eu ficava muito no encaminhamento no papel, né...”</p> <p>“No caso do Laboratório Municipal a dificuldade é o RH, porque você tem que fazer o serviço no seu setor e não tem outra pessoa para fazer isso e vai sobrecarregar quem está trabalhando, então isso acaba se voltando para você”.</p> <p>“Ah! O que vocês estão fazendo aqui? O que vocês vieram atrapalhar’. Então, pessoas arredias aí [...] que não querem mudar, não querem fazer, isso existe. A pessoa encara como se fosse uma vigilância, uma polícia que veio aí para fazer uma prisão, ver o que está errado e apontar os erros, não é assim”.</p> <p>“Porque a forma como eles encaminham, a sensação que dá é que é para se livrar daquele usuário”.</p> <p>“Aí eu fico pensando que as questões hoje são tão grandes assim que desencadeiam um sistema assim, adoecido, onde as pessoas estão muito doentes quando chegam para a gente.”</p> <p>“A gente, por falta também de alguns equipamentos, a gente fica meio assim, ‘se vira nos trinta’, o que que a gente vai fazer? Eu acho que o apoio matricial veio para isso, né? Dentro da nossa angustia, pensar junto, construir junto e ver o que é possível estar fazendo ali”.</p> <p>“Não, não, principalmente quando o negócio é bomba mesmo, é do CAPS, ‘então vou nem mexer, deixa aí’. Não vence. Eu acho que é por isso que a gente acaba dando muito fax, entendeu? Cada um fica dentro do seu quadradinho, né? Naquele sofrimento, dentro das suas queixas e aí vai. “</p> <p>“Eu acho que fica muito nessa questão de cada um querer cavar aquele espaço e aí você tem as consequências, desde ser gratificante lutando por aquilo que você acredita, quanto você se angustiar e você não conseguir. Eu acho que fica muito no limite, talvez seja o limite que eu esteja, esse resistir e esse desistir, o quanto é possível estar ali nesses dois”.</p> <p>“Estou na rede há 12 anos, e quando eu entrei na rede eu entrei assim, você vai no CS específico e quando você chega no CS eles</p>
--	--

falam que você tem cinco locais para você matricular, e eu: Como? O que que é isso? Como é que é? Cinco locais? ”

“E daí depois de um tempo virou eu uma equipe, porque todo mundo foi embora, e aí é assim. De cinco locais para matricular, passaram a ser treze e agora no momento são dois equipamentos. Cada equipamento com três a quatro equipes dentro do equipamento, e assim, vai ficando cada vez mais difícil, e aí entrei no curso para saber o que que é isso, né? Que na verdade eu só tinha na prática e na teoria a gente não tinha muito, porque trinta horas para seis equipes, hoje... é... chega um momento que ou você atende ou você matricula, que ao mesmo tempo tinha que estar atendendo”.

“A gente faz uma discussão, triagem e agora a gente conseguiu dividir horário para fazer umas capacitações profissionais que estão ali, de acordo com a demanda que eles trazem, daí é lógico que a gente pensou em entrar um pouquinho nos eixos, mas assim, em três profissionais, para equacionar o município, né? O apoio mesmo a gente não..., né? É leviano a gente falar que vai fazer, mas, ahn... até isso a preocupação sempre foi muito grande, né?”

“A minha encomenda é matricular dez unidades com aproximadamente trinta equipes, missão impossível”.

“Mas acontecem coisas, por exemplo, da gente avaliar um paciente, aí o clínico do [...] vai até a casa do paciente e daí o SAMU não chega, e o clínico fica lá esperando, tipo, perdeu a manhã inteira, e as vezes se constrói e daí vai o clínico no CAPS e fala: Mas cadê o SAMU? E isso atrapalha a relação que você constrói com a equipe do Centro de Saúde, às vezes em uma ação errada”.

“E a gente tinha [...] um caso que foi assim: várias vezes deu errado, então várias vezes junto veio a unidade básica pedir ajuda, é, o usuário gritando na rua, xingando, um monte de coisa acontecendo, a gente do CAPS indo, e daí o SAMU chegava, e aí estava trancada em casa e aí o familiar não estava em casa, então é assim”.

“Eu tenho bastante dificuldade, né? Nessa forma do CAPS, né? E eu tenho bastante e muita dificuldade para lidar com os CAPS da região que eu atuo, né? Porque assim, é que eu entendo o trabalho do CAPS, e eu quero que ela também entenda, mas eles só sabem criticar, assim, então vamos supor que a gente tem caos assim, que preciso fazer esse apoio, né? ”

“De entender como é o trabalho, de entender como é esse apoio que as outras unidades têm que dar, né? Para a gente, que a gente também tem que dar para eles, então eu tenho muita dificuldade, muita dificuldade [...] realmente de adesão, por conta disso. Porque às vezes até o próprio paciente escuta o médico falar assim: ‘porque eu preciso saber do CAPS, o CAPS não funciona para a nada!’ (Risos). Entendeu? Então é bem complicado, às vezes tem caso que a gente tem que encaminhar pra CAPS que é lento, né? E aí a gente tenta, e não tem vaga, [...] e aí a gente escuta o médico falar nos corredores: ‘não serve para nada esse CAPS!’ E aí você acaba desconstruindo uma coisa que está sendo construída há muitos anos, né? Então desde que entrei só vejo dificuldade, nessa parte de matriciamento sabe? ”

“Eu acho assim: tenho uma realidade, de alguns anos para cá, o

peçoal tem uma demanda maior, SUS dependente, o número de funcionários, na assistência mantém o mesmo, e mesmo que eu queira trabalhar de outra forma, eu não consigo, porque a urgência está na minha porta e eu não posso tachar que eu sei que não era para ele estar lá, mas eu vou ter que acolher”.

“É não ser bíblia: ‘aqui todo mundo tem que fazer tal e tal’. Eu acho que [...] aqui funciona de tal maneira que já tem outra visão e vamos tentar em cada local, tentar uniformizar o atendimento, o projeto terapêutico, [...] entendeu? É diário, e é uma base para manejar tanto um diagnóstico, quanto um projeto terapêutico”.

“Isso! Isso! Alinhar fluxo, criar protocolos, né? [...] Com os protocolos a gente fica meio preocupado, porque muitas vezes as coisas ficam engessadas, e não é! Tem que nortear, vamos criar protocolos para nortear conduta e baseado em literatura, baseado nas ciências, entendeu?”

“Existia [...] uma conversa com os distritos, uma negociação, uma pactuação da equipe matriciadora, que no caso era uma dupla por região, né? De Campinas mais a coordenação do programa mais a coordenação dos distritos, né? Então era uma reunião, né? Com todos os coordenadores das unidades básicas, com os matriciadores e a coordenação, então era aonde era pactuado”.

“Hoje a gente vê que tem momentos que estão se falando de saúde mental, estão tendo mais escuta para isso, e a questão do apoio matricial também é uma coisa que está sendo mais discutida entre gestores e está sendo mais levado como um processo de trabalho, assim, você tem que encaixar isso no seu processo de trabalho, isso faz parte”.

“Eu tinha um compromisso periódico com os pediatras daquela unidade para que a gente pudesse conversar sobre o que aparecesse para ele, sobre o que eles precisassem que a gente conversasse e a gente começou a construir um projeto do apoio: o que que a gente quer fazer aqui, o que que vocês querem conversar e isso passava [...] pelo desenvolvimento da linguagem, para que eles pudessem qualificar melhor essa área dentro da assistência deles, né?”

“Eu não sei como eles estão chegando mais, porque é uma coisa nova, mas estão chegando mais e, e o específico por conta de um trabalho feito, está pedindo um trabalho... uma continuidade do trabalho. Então já é um resultado de um trabalho já anterior, mas estão surgindo essas demandas, né? Que eu achei bem interessante... acho que quando começa a mexer na engrenagem, né? A repercussão vai lá na frente”.

“É que na verdade é assim, é, a gente faz..., quando eu comecei o curso aqui, a gente..., eu na verdade, o que eu faço mais lá é discussão de caso. Então lá o apoio matricial a gente está tentando melhorar a forma com que é feito”.

“Eu tento agendar um horário que eu sei que o usuário vai estar lá e vai falar com a pessoa já. Isso eu acho que é bacana porque você começa a fazer isso e a unidade conversa com você, e eu vejo que eles fazem muito isso, então às vezes eles ligam para mim: ‘Então, que dia você vai estar lá? Então eu já vou mandar a pessoa naquele

dia que você já está lá e depois a gente discute'. Então assim, na região que eu matricio eu não vejo chegando só encaminhamento de papel, sem eu saber que caso que é".

"Eu lembro que quando eu entrei era meio: 'Ah! Tal unidade dá para fazer, então eu faço, a unidade que eu acho que não dá para fazer, eu não vou'. Né? Tipo, o que que a população tem a ver com isso, né? Então não vai acontecer? Então eu acho que isso vem melhorando, essa questão de isso estar entrando mais nesse processo natural de trabalho, de fazer, assim".

"Uma agenda programada talvez, mas, assim, eu acho que essa programação, pensando no matriciamento, penso assim: eu tenho manhãs já definidas que eu vou, é isso que eu vou fazer! Mas eu fico com uma [agenda] aberta na unidade básica, então se eles falarem: 'Ah! Vamos fazer uma visita juntos? A gente pensou isso hoje', então é assim, não vai acontecer isso amarrado hoje, mas é flexível conforme mais a Unidade Básica vai e pede assim, a gente faz algo, né? É isso: você tem que ter, mas não tem uma base de agenda que você tenha disponibilidade, naquele dia, mas ela pode estar toda fechada, e eu acho que isso é um eterno problema. Eu acho que a saúde mental sempre vai ter e acontecer entre as coisas, se você atender um e vai atender o outro, no caminho já alguém te para e já acontece uma outra coisa".

"Mas é que assim, eu penso que a unidade básica ela nem deveria, entre aspas, não deveria ter psiquiatra, psicólogo, TO. Assim, já é uma especialidade, e aí eu penso que se eles estão na unidade básica, eu penso, não deveria ser para fazer agenda, não deveria ser para fazer agenda de consultório, deveria ser para fazer promoção e prevenção num trabalho comunitário, entendeu, um outro trabalho, eu já tentei isso".

"Eu não vejo matriciamento quando chego para lá, pego uma caixinha cheia de coisa e eu sento com uma pessoa e falo: 'Então, vai ser assim, assim e assim, você manda para casa e manda'. Eu não vejo isso como matriciamento".

"Eu nunca vi, nunca matriciei ninguém nem unidade nenhuma, eu sofri matriciamento, né? E eu sofro matriciamento ainda hoje na unidade que eu trabalho".

A gente começou o apoio matricial lá, já há um tempo, é, [...] mas com uma diferença assim de que não é..., surgiu mais de uma demanda da câmara técnica, da câmara técnica e da gente enquanto serviço".

"Mas muitas vezes a gente sentiu que era uma demanda mais nossa por conta da agenda extensa do Centro de Saúde ou do Distrito tem, embora [...] existe uma demanda pela questão do fluxo, né? De como encaminhar, de como compreender os fluxos do C.R.E., então tinha uma demanda velada, vamos dizer, mas uma dificuldade de agenda, né? "

"E o que eu sinto às vezes, é que as ofertas de matriciamento não são muito as demandas e as necessidades das equipes, então as demandas às vezes vem prontas, né? As demandas, por exemplo, de ortopedia. Então vai o ortopedista na unidade, pega a caixinha que está aguardando, conversa com o médico: 'Aí esse vai, aí esse

não vai' [...] 'E a de dermato?' Vai lá na dermato, pega a caixinha: 'Ah! A lesão é isso', trata e tal. De saúde mental, vai o pessoal do CAPS na unidade, conversa dos casos que são tratados em compartilhamento, mas assim, o que eu estou vendo agora no curso e o que eu passei agora para o matriciamento que tem [...] uma diferença aí. Tem um buraco, e geralmente a demanda chega pronta, né? Não é pensado ser sobre aquilo que a equipe acha, se é o momento, até o espaço, né".

"Então, na verdade, eu achava assim, eu nunca tinha feito matriciamento, o meu entender de matriciamento, mas depois que eu comecei com isso tudo, a gente faz as nossas reuniões de equipe e discute os nossos projetos terapêuticos dentro do caso e eu entendi que é uma forma de matriciamento".

"Eu sou da referência da violência contra à criança e ao adolescente do Hospital Mário Gatti, e a gente trabalha com equipes que dá apoio pelo telefone, dentro do caso faz algumas capacitações, mas é isso".

"Uma coisa que eu faço: toda a triagem que eu recebo no CAPS, [...] quando você não recebe você vai encaminhar, né? Ou ela fica em andamento que a gente fica discutindo o caso. Quando ela é inserida e vai encaminhar, eu sempre ligo pra unidade de referência antes do usuário ir embora, eu já dou uma devolutiva pra ele, e eu faço uma comunicação, uma conversa, e depois eu levo esse caso pra reunião de matriciamento, esse caso, toda a triagem não se perde só no papel, o papel é mais um complemento, então eu faço um encaminhamento por escrito, ligo na unidade e converso, a pessoa já sabe que vai receber ali o usuário e aí eu consigo agendar com elas".

"E a gente chegou num posto de saúde lá que: 'Oi, a gente veio aqui para fazer um matriciamento, veio orientar para você'".

"Eu vou para outra unidade [...], e a gente estuda junto dos clínicos de lá, e os enfermeiros também, para tentar uniformizar a conduta, para fazer a função principal, que é realizar os protocolos de atendimento clínico e uniformizar a conduta dos colegas médicos e de enfermagem".
